

## **Editorial**

e-Salud: las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación 9

## **Laboratorio**

Mejora de la calidad en la fase preanalítica de un laboratorio hospitalario 11  
Secadas Barros G

Los Servicios de Estancias Diurnas (SED): una alternativa rentable 19  
Atance Martínez JC, Olivar García M, Rodríguez Miranda M,  
Delgado Delgado P, Puyana Cerpa C, Yusta Izquierdo A, Grupeli Gardel BE

## **Política Sanitaria**

Todosvacunados.com: una apuesta de Educación para la Salud y nuevas tecnologías 27  
Álvarez Pasquín MJ, Gómez Marco J, Mayer Pujadas MÁ,  
Álvarez de la Gala M, Ledo Caseiro C, Morató i Agustí ML

## **Farmacia**

La coordinación de niveles y la prescripción de medicamentos:  
reflexiones y algunas soluciones posibles 41  
Morell Balandrón L

## **Puntos de encuentro**

Historia clínica electrónica (e-HC) 49  
López Arbeloa P

Aplicación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación a la sanidad 57  
Álvarez Pasquín MJ

El reto de la comunicación 69  
Elviro J

## **Fundación Signo**

Aulas de apoyo a la Gestión Fundación Signo 81

VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.  
Toledo 7-8 de octubre de 2004 85

**Normas para autores** 97



## Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Carmen Alberola Gómez-Escolar, Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Mascaró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaino, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guillén, Carmen Herrando de Larramendi Martínez, Eduard Jaurrieta i Mas, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padiál, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

## Comité de redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográfico: Ángel J. Pérez Gómez.

Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárceles Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

## Colaboradores

José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Juan Ortiz Fuente (Asturias), Carlos Fernández Palomeque (Balears), José Manuel Baltar Trabazo y Diego Falcón Vizcaino (Canarias), Alfonso Flórez Díaz (Cantabria), Sergio de Bustos Pérez de Salcedo y Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez Zaloña (Castilla-La Mancha), Pere Soley i Bach (Cataluña), Eduardo Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña (Madrid), Domingo Coronado Romero (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Gonzalo Castillo de la Arena (País Vasco).

©Fundación Signo 2004

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • [www.fundacionsigno.es](http://www.fundacionsigno.es)  
e-mail: [secretaria@fundacionsigno.com](mailto:secretaria@fundacionsigno.com)

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

Soporte válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

**Bases de datos:** Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

## Tarifa 2004

Suscripción individual (1 ejemplar): 35 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 180 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.



# Índice

## **Editorial**

e-Salud: las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación 9

## **Laboratorio**

Mejora de la calidad en la fase preanalítica de un laboratorio hospitalario 11  
Secadas Barros G

Los Servicios de Estancias Diurnas (SED): una alternativa rentable 19  
Atance Martínez JC, Olivar García M, Rodríguez Miranda M,  
Delgado Delgado P, Puyana Cerpa C, Yusta Izquierdo A, Grupeli Gardel BE

## **Política Sanitaria**

Todosvacunados.com: una apuesta de Educación para la Salud y nuevas tecnologías 27  
Álvarez Pasquín MJ, Gómez Marco J, Mayer Pujadas MÁ,  
Álvarez de la Gala M, Ledo Caseiro C, Morató i Agustí ML

## **Farmacia**

La coordinación de niveles y la prescripción de medicamentos:  
reflexiones y algunas soluciones posibles 41  
Morell Balandrón L

## **Puntos de encuentro**

Historia clínica electrónica 49  
López Arbeloa P

Aplicación de las nuevas tecnologías de la información  
y comunicación a la sanidad 57  
Álvarez Pasquin MJ

El reto de la comunicación	69
Elviro J	
<b><i>Fundación Signo</i></b>	
Aulas de apoyo a la Gestión Fundación Signo	81
VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Toledo 7-8 de octubre de 2004	85
<b><i>Normas para autores</i></b>	97

# Contents

## **Editorial**

e-Health: new information and technologies 9

## **Laboratory**

Quality improvement in presampling phase in a hospital Laboratory 11  
Secadas Barros G

Day Stays Services (DSS): a profitable alternative 19  
Atance Martínez JC, Olivar García M, Rodríguez Miranda M,  
Delgado Delgado P, Yusta Izquierdo A, Puyana Cerpa C, Grupeli Gardel BE

## **Sanitary Policy**

Todosvacunados.com: a bet of Health Education and New Technologies 27  
Álvarez Pasquín MJ, Gómez Marco J, Mayer Pujadas M<sup>Á</sup>,  
Álvarez de la Gala M, Ledo Caseiro C, Morató i Agustí ML

## **Pharmacy**

Coordination of health care levels and medicine prescription:  
reflections and some possible solutions 41  
Morell Balandrón L

## **Meetings points**

e-HC 49  
López Arbeloa P

Application of new information and communication technologies  
to healthcare system 57  
Álvarez Pasquin MJ

Communication challenge Elviro J	69
<b><i>Signo Foundation</i></b>	
Aulas de apoyo a la Gestión Fundación Signo	81
VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Toledo 7-8 de octubre de 2004	85
<b><i>Guidelines for authors</i></b>	97

# e-Salud: las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación

Rivas Clemente FPJ  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

El término e-Salud se ha acuñado para describir la aplicación de las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) en el sector de la salud. Como dice Eysenbach, el término e-Salud no sólo caracteriza el desarrollo tecnológico, sino que supone un estado mental, una forma de pensar, una actitud y un compromiso de trabajar en red con un pensamiento global para mejorar el cuidado de la salud.

Conforme se incrementa la penetración de los ordenadores personales y el uso de Internet, se está formando una comunidad de profesionales sanitarios, enfermos y ciudadanos, potenciales usuarios de un sistema de provisión de servicios de asistencia sanitaria *online*. La prueba es que para la mayor parte de los ciudadanos de los países desarrollados, Internet es una herramienta familiar y la información relacionada con la salud es uno de los temas más consultados en la *World Wide Web*.

Los ejemplos acerca de la utilidad de las TICs en el terreno de la salud son muchos: redes de información, registros sanitarios electrónicos, servicios de telemedicina, sistemas de comunicación portátiles y adaptados a las

personas, portales sanitarios, y otras muchas herramientas de apoyo para la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitorización de la salud, sin olvidar el papel en su mantenimiento y promoción. Además, la combinación de la e-Salud con cambios de organización y el desarrollo de herramientas de gestión facilitarán la mejora en los cuidados con un menor coste en un sistema sanitario centrado en el ciudadano.

La e-Salud se presenta como la tercera gran industria del sector sanitario europeo, al lado de la fabricación de equipos sanitarios y productos farmacéuticos<sup>1</sup>. Se ha estimado que hacia el año 2010 los gastos en e-Salud supondrán el 5 % del presupuesto sanitario en los países miembros de la Unión Europea (frente al 1 % del año 2000)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Deloitte and Touche (2003) eHealth. *Health Information Network Europe. Final report.*

<sup>2</sup> *The European e-Business Report-2002/2003 edition. A portrait of e-business in 15 sectors of the EU economy - 1st Synthesis Report of the e-Business W@tch.* Luxemburg: Office for Official publications of the European Communities, 2003. ISBN 92-894-5118-1; Empirica, SIBIS, *Benchmarking Highlights 2002: Towards the Information Society in Europe and the US*, May 2003. See <http://www.sibis.org/>.



A finales del pasado mes de abril, la Comisión Europea publicó un informe en el que se examina el uso de las TICs para mejorar la calidad de la atención sanitaria en la Unión Europea. En este informe se presenta el plan que debe seguirse para permitir que la Unión Europea alcance el desarrollo completo de los servicios y sistemas de e-Salud dentro del Área de e-Salud Europea. Se analizan aspectos relacionados con el desarrollo de las redes nacionales de e-Salud, la interoperabilidad de los sistemas de información sanitarios, el desarrollo de la Tarjeta Europea de Asistencia Sanitaria, el diseño de la arquitectura del registro sanitario electrónico, la acreditación de los servicios y productos de e-Salud de los sistemas sanitarios, y aspectos sobre la confidencialidad y seguridad del sistema<sup>3</sup>, lo que refleja la confianza de la Comisión Europea en el papel de las TICs en la mejora del sistema sanitario.

En este número de la revista presentamos una aplicación de las TICs en el terreno de la Educación para la Salud, área que día a día va adquiriendo ma-

yor importancia como consecuencia de que los ciudadanos cada vez tienen más interés en tomar parte activa en las decisiones sobre su salud: la web todosvacunados.com. Se trata de una web sobre vacunas desarrollada por un equipo multidisciplinar, con criterios de calidad y avalada por diversas sociedades científicas del mundo de la vacunología.

En el interesante Punto de Encuentro sobre la Aplicación de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación a la Sanidad, se analizan las dificultades y conflictos que plantean éstas: el papel de las TICs en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes, dilemas éticos y problemas legales, la calidad de la información en Internet y el papel de Internet en la formación/información.

La e-Salud pronto formará parte de la vida cotidiana de profesionales sanitarios, enfermos y ciudadanos en general, aunque la transición y los cambios y desafíos que comporta no serán fáciles.

<sup>3</sup> e-Health—Making Healthcare Better for European Citizens: an Action Plan for a European e-Health Area, COM (2004) 356 disponible en [www.europa.eu.int/information\\_society/qualif/health/index\\_en.htm](http://www.europa.eu.int/information_society/qualif/health/index_en.htm).

# Mejora de la calidad en la fase preanalítica de un laboratorio hospitalario

Secadas Barros G

Coordinadora de enfermería laboratorio. Hospital Universitario Marqués de Valdecillas  
gsecadas@humv.es

## Resumen

En los laboratorios del Hospital Universitario Marqués de Valdecillas se realizan anualmente 4.344.260 determinaciones analíticas, prestando soporte a todos los servicios y unidades del hospital, los centros de salud de atención primaria, y siendo referencia para toda la comunidad en determinaciones especiales, como inmunología, endocrino, genética, farmacología, etc.

El programa de mejora de la calidad de la fase preanalítica se inicia en el año 1999 y continúa en el año 2000, cuando se difunde un manual de todas las determinaciones con instrucciones técnicas de cuál es el componente idóneo para una extracción, cómo realizar una extracción correctamente, manipulación de la muestra, transporte, confidencialidad y prevención de riesgos. La edición de los manuales se complementó con la formación del personal.

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de las muestras y volantes recibidos, detectando las áreas de mejora.

La metodología empleada fue la valoración de la totalidad de las muestras y volantes recibidos en un período de cinco días laborables, excluyendo solicitudes urgentes. Para ello se elaboró una hoja de recogida de datos, incluyendo los criterios de calidad de muestras y cumplimentación de volantes.

**Resultados:** se recibieron 9.484 pacientes y se contabilizaron 1.206 errores (12,68 %), de los cuales 1.010 (10,64 %) corresponden a errores del volante y 196 (2,06 %) a las muestras. La procedencia fue 549 (45,52 %) de atención primaria, 387 (32,08 %) de consultas externas y 270 (22,38 %) de unidades de hospitalización.

De los 1.010 errores contabilizados en los volantes, el 28,41 % corresponden a identificación, 12,27 % al diagnóstico, 10,49 % a volantes inadecuados, el 9,5 % no están firmadas, en el 4,85 % no consta la edad y en el 4,45 % falta el destino. El 18,61 % de los errores corresponden al mismo laboratorio y la ausencia del peso supone más del 50 % de estos errores.

De los 196 errores de la muestra, el 54 % son muestras no adecuadas (hemolizadas, contaminadas, cantidad insuficiente), el 25,5 % contenedores inadecuados y el 20,40 % errores en la identificación.

*Conclusiones:* la fase preanalítica es el eslabón débil, se observa un elevado porcentaje de error, con repercusión en el paciente, el personal y el coste. Como acciones de mejora consideramos la difusión de los resultados, el trabajo en grupo con los clientes internos, el refuerzo de la formación, y se plantea la re-evaluación como línea de mejora.

*Palabras clave:* Calidad preanalítica, Laboratorios, Calidad resultados analíticos.

## Quality improvement in presampling phase in a hospital laboratory

### Abstract

In Hospital Universitario Marqués de Valdecillas laboratory 4.344.260 diagnostic tests per year are performed. These laboratories assist every services and units of hospital and primary care centres of the area being reference for all the country centres in special tests, such as those of immunology, endocrinology, genetics, pharmacology.

Program of quality improvement in pre-sampling phase was started at our hospital in 1999. During 2000 a handbook with technical instructions for all tests about different subjects: ideal components for a blood collection, how to perform a sampling correctly, handling of the sample, transport, confidentiality, risk prevention. Handbook edition was supplemented with personal training.

Aim of the study is to evaluate total samples and request forms received in 5 consecutive labour days, excluding urgent samples. With this purpose, a data collection sheet was designed, which included criteria of quality in samples and fulfilling of request forms.

*Results:* among the 9.484 patient samples received, 1.206 (12,68%) mistakes were counted. 1.010 and ten of them (10,64%) were mistakes in the request forms whereas 196 (2,06%) were mistakes in samples. Origins were as follows: 549 (45,52%) from primary care, 387 (32,08%) from outpatient clinics, and 270 (22,38%) from hospital units. 28,41% of 1.010 mistakes detected in request forms were due to fails in identification, 12,27% lacks of diagnostic impressions, 10,49% inadequate forms, 9,5% unsigned forms, 4,85% missing age of patients, and 4,45% unknown origin. 18,61% of mistakes were in same laboratory and missing of patients weight accounts for more than 50% of these mistakes. 54% of the 196 sample mistakes were inadequate samples (haemolysed, contaminated, insufficient volume), 25,5% were transported in inadequate containers and 20,4% had a misleading identification.

*Conclusions:* pre-sampling phase is weak step in analytical process since we have observed a high percentage of mistakes, having important consequences in patient, laboratory staff and costs. We propose to improve, the diffusion of results, and work in groups with internal clients and strengthening education. We propose re-evaluation as a way of improvement.

*Key words:* Preanalytical quality, Laboratories, Quality control laboratories.

## Introducción

La obtención de muestras biológicas es una actividad habitual en el medio sanitario. Consideramos muy importante la fase preanalítica, que consta de correcta extracción, adecuación del contenedor, petición correcta, transporte, recepción y centrifugación.

Las supervisoras de los laboratorios del hospital, dada la relevancia de esta fase, quisimos implicar a la enfermería en hacer una valoración técnica y de gestión para poder obtener unos resultados analíticos teniendo conocimientos al participar en la mejora de la calidad de las muestras del paciente para poder actuar con seguridad y eficiencia.

Con esto conseguimos ser interactivos entre las unidades de hospitalización y los laboratorios para poder adaptarlos a las necesidades de los pacientes.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecillas dispone de once laboratorios que han realizado en el año 2001 4.344.260 determinaciones, prestando servicio a las unidades de hospitalización, consultas especializadas, Área 1 de atención primaria, siendo además referencia para todas las pruebas especiales de la comunidad autónoma.

La mayor dificultad la tuvimos en la situación física de los laboratorios, independientes jerárquicamente y físicamente, y en los volantes de petición, que actualmente son doce diferentes y de distintos valores a la hora de la cumplimentación.

Se difundió, por parte de la Dirección Médica, una nota a todos los jefes de servicio de la obligatoriedad de la cumplimentación del volante de petición en lo concerniente al nombre, diagnóstico, analítica y médico legible.

Posteriormente, en el año 2000 se realizaron la elaboración y difusión del catálogo de determinaciones a través de los cursos de calidad de las muestras con un contenido técnico y otro práctico por todos los laboratorios implicados, incidiendo cada uno de ellos en aquellos puntos donde más deficiencias o errores captábamos, y dando al mismo tiempo la oportunidad de transmitirnos sus procedimientos que, en algunos casos, estaban contraindicados con las nuevas normativas ISO, que son de obligado cumplimiento.

Este manual de muestras consta de indicaciones muy dirigidas a la extracción, y en su elaboración participaron todos los supervisores de los laboratorios, personal técnico y de enfermería, junto con el departamento de bioética y riesgos laborales.

El contenido del manual consta de una primera parte derivada del concepto de calidad de servicios y las tres dimensiones, estructura, proceso y resultado, y continúa con los factores que pueden ocasionar variaciones en la analítica, como dieta, ayuno, ejercicio, etc.

Se da un repaso completo de cómo hacer una extracción correctamente, selección de la zona, distancia del torniquete, diferentes venas a seleccionar, problemas específicos relativos a la zona de punción, recomendaciones para ver mejor la vena, desinfección de la zona, procedimiento de la punción con el portatubos, problemas específicos de la punción según dónde se efectúe, orden de los tubos según el color, problemas específicos de la extracción.

El objetivo de esta información es mejorar los resultados analíticos, explicando todas las fases del proceso, extracción, identificación, conservación y procesado, teniendo en cuenta los

aspectos de seguridad y confidencialidad de los resultados.

Las acciones formativas con acreditación por el Ministerio de Sanidad y Consumo, dirigidas a pregrados y postgrados, se realizaron con la difusión de unos 200 catálogos, que se entregaron a las enfermeras de hospitalización y a los alumnos de tercero de la Escuela Universitaria de Enfermería, para facilitar su incorporación a la vida laboral, y en el colegio profesional de enfermería, enfocado hacia los profesionales de atención primaria y desempleados.

Para evitar en lo posible los errores que detectamos en la recogida de muestras de extracciones, se difundió una hoja de recomendaciones al paciente dirigida al área de consultas externas, para que el paciente la lea en su domicilio, con indicaciones muy precisas sobre identificación, recogida de muestras y condiciones a tener en cuenta, como ayuno y ejercicio.

La segunda hoja, dirigida al personal de enfermería de atención primaria, con la descripción de cómo hacer una

correcta extracción, teniendo en cuenta tubos, etiquetas, centrifugado, transporte y reclamaciones.

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de muestras y volantes, detectar áreas de mejora y mejorar el conocimiento y eficiencia del proceso para poder gestionar mejor nuestro tiempo, la sangre de los pacientes y los recursos materiales de que disponemos.

### Material y métodos

El programa de mejora de la calidad de la fase preanalítica comenzó en 1998 con la difusión de un catálogo de las muestras que mayor dificultad tenían a la hora de identificar el tubo, con los dibujos del mismo, unas indicaciones previas a la extracción para su correcta manipulación, etiquetado de las muestras con dibujos de las determinaciones que más problemas nos daban a los laboratorios.

Se valoraron la totalidad de las muestras y volantes durante cinco días con la participación de siete laboratorios.

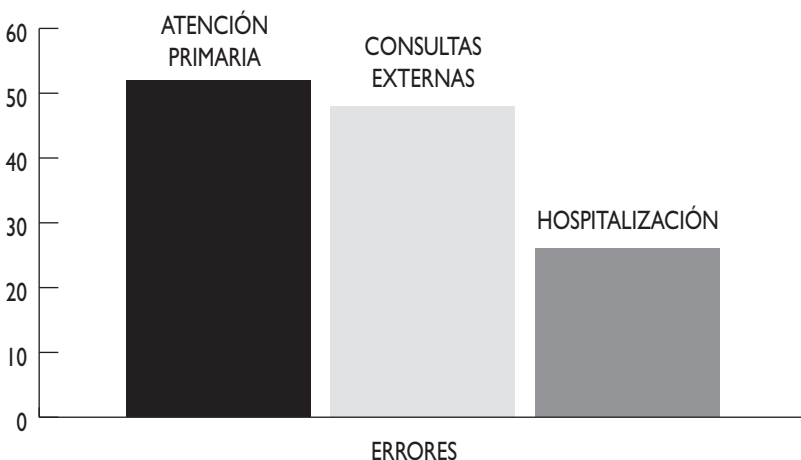


Fig. 1. Procedencia de los errores

Se elaboró una hoja de recogida de datos, incluyendo datos con los criterios de calidad acordados, generales y específicos de cada laboratorio.

La recogida de datos se realizó por parte de los supervisores de enfermería y, en su defecto, lo realizaban los técnicos. Cada volante se considera un paciente y a cada volante le pueden corresponder una o varias muestras en relación con las determinaciones solicitadas

El análisis de los datos se realizó en forma de frecuencia relativa sobre el total de las muestras y sobre el total de los errores.

### Resultados

Se estudiaron un total de 9.484 pacientes, de los cuales no hubo errores en el 87,28 % (8.278 pacientes) y sí se encontraron errores en un 12,68 % (1.206 pacientes).

La procedencia de los errores se distribuyó de la siguiente forma: aten-

ción primaria 549 errores (45,25 %), consultas externas 387 (32,08 %), hospitalización 270 (22,38 %).

La distribución de los errores se hizo por volantes y muestras, siendo los volantes 1.010 (11 %) y las muestras 196 (2,06 %).

A su vez, los errores en los volantes se distribuyeron de la siguiente forma: de identificación (ausencia de nombre, historia, seguridad social, etiqueta, o que su lectura no fuese posible) en 303 casos, ausencia de diagnóstico en 124 casos, volante no adecuado en 106 ocasiones, sin firma del facultativo en 96 casos, ausencia de edad en 49 y ausencia de destino en 45 casos.

Reseñar en los laboratorios de farmacología que de 188 errores, el peso representa el 54,25 % de ellos, así como la hora de extracción con 33 errores y la última dosis con 30.

De los 68 errores de hemoterapia, la ausencia del DNI supone el 78 %.

Los errores en las muestras supusieron un total de 196, que se distribuye-

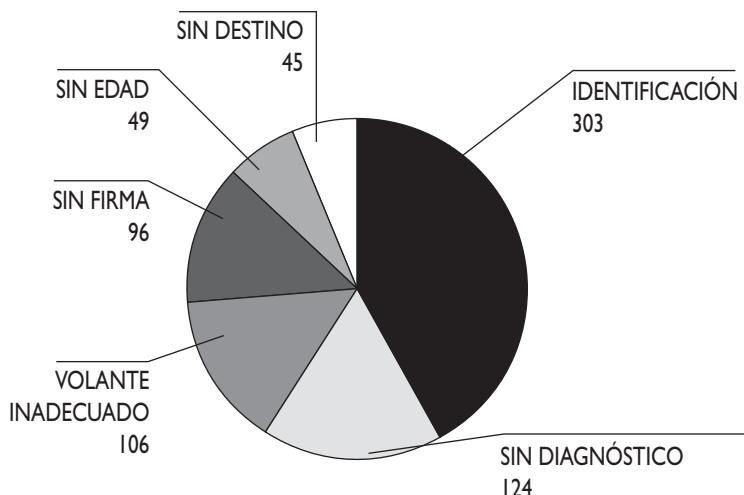


Fig. 2. Errores en los volantes

ron de la siguiente forma: muestra hemolizada o insuficiente en 106 ocasiones, tubo o recipiente inadecuado en 50 casos y la identificación errónea en 40 ocasiones.

## Discusión y conclusiones

La fase preanalítica es el eslabón débil del proceso analítico, siendo donde más manipulaciones se producen, más personal interviene, y ocupa el 75 % del tiempo de dicho proceso.

En nuestro estudio, los errores en las muestras son equiparables a los obtenidos en otros estudios internacionales, como el de Plebani y Goldschmidt, estando en el estándar de lo esperado.

Los errores en los volantes se ven potenciados por tener en circulación diez volantes diferentes, lo que hace difícil la elección según las muestras, el volumen de sangre por paciente y la relación volante/tubo; podremos simplificar y minorizar los errores con el volante único que está en proyecto.

Los errores en los volantes en nuestra serie son elevados, con repercusión en el tiempo de los profesionales de laboratorios, en los pacientes, por la posible pérdida de sus resultados y, como consecuencia, un aumento del coste en todo el proceso. Es por tanto, en esta fase preanalítica, donde tenemos que centrar nuestros esfuerzos para mejorar.

Las actuaciones que tenemos previstas, basándonos en estos resultados, son, por un lado, difundir los mismos a todos los miembros del hospital (gestores y usuarios de laboratorio), realizar grupos de trabajo con las áreas implicadas según el porcentaje de errores, continuar la formación y reforzar las áreas más afectadas. Por otro lado, consideramos importante el proponer

a la comisión de docencia la formación de médicos residentes para mejorar la cumplimentación de volantes y solicitud de muestras y, para finalizar, como en todo proceso de mejora continua, el reevaluar para ver el impacto de las medidas correctoras.

## Agradecimientos

A los supervisores de enfermería de bioquímica, banco de sangre, anatomía patológica, microbiología y farmacología.

## Bibliografía

1. Irjala KM, Gronroos PE. Preanalytical and analytical factor affecting laboratory results. *Ann Med* 1998; 30: 267-272.
2. Narayanan S. The preanalytic phase: an important component laboratory medicine. *Am J Clin Pathol* 2000; 113: 429-452.
3. Schmitt Y. Influence of preanalytical factors on the atomic absorption spectrometry determination of trace elements in biological samples. *J Trace Elem Electrolytes Health Dis* 1987; 1: 114.
4. Boone J. Transfusion medicine monitoring practices. *Arch Pat Lab Med* 1995; 119: 999-1006.
5. Sim P. ISO 9000:2000 revisions and their implications. *Med D Technol* 2000; 11: 45-57.
6. Sirchia G. Implementation of a quality system (ISO 9000 serie for placental blood banking). *J Hematother* 1998; 7: 19-35.
7. Pruksapititkul S. ISO 9002 system for the hospital. Bangkok: Techno-

- logy Promotion Association (Thailand-Japan) 1998.
8. Young DS, Bermes EW. Specimen collection and processing source of biological variation. Clinical Chemistry (Edited by Burtis CA, Ashwood ER). Philadelphia, WB Saunders 1998: 33-35.
  9. Walpole RE, Myers RH. Probability and statistics of engineering and scientists. New York: McMillan 1972.
  10. Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: types a frequency. Clin Chem 1997; 43: 1348-1351.
  11. Goldschmidt HMJ, Lent RW. Gross errors and work flow analysis in the clinical laboratory. Klin Biochem Metab 1995; 3: 131-140.
  12. Plebani M, Chiozza ML. Audit in laboratory medicine. Eur Chem Clin Biochem 1996; 34: 655-657.





# Los Servicios de Estancias Diurnas (SED): una alternativa rentable

\*Atance Martínez JC, \*Olivar García M, \*Rodríguez Miranda M, \*Delgado Delgado P,  
\*Puyana Cerpa C, \*\*Yusta Izquierdo A, \*\*Grupeli Gardel BE  
\*Complejo Sociosanitario  
\*\*Hospital Universitario –SESCAM– Guadalajara. Hospital Provincial, Guadalajara  
dcssg@telefonica.net

## Resumen

Los Servicios de Estancias Diurnas (SED) son dispositivos asistenciales que pretenden dar servicios a pacientes con diferente nivel de dependencia, haciendo compatible la actividad sociolaboral de los familiares del paciente.

El estudio persigue conocer si los servicios que prestan los SED, su efectividad y coste son rentables comparativamente con las personas que, estando en situaciones equivalentes, se encuentran domiciliados.

Nuestros resultados dejan claro que la cartera de servicios de los SED frente a los domiciliados es más amplia y eficiente.

El estudio se realizó sobre 70 enfermos de Alzheimer, 25 registrados en el Complejo Sociosanitario Hospital Provincial y 45 domiciliados. No hubo significación por la edad ni comorbilidad asociada, pero sí por sexo y grado de deterioro, así como por renta.

Nuestro estudio sugiere que los SED son unidades eficientes, que permiten compatibilizar la vida sociolaboral de los cuidadores y que el mantenimiento de los pacientes en los domicilios o en estas unidades se relaciona con el grado de deterioro y la renta.

*Palabras clave:* Servicio de Estancias Diurnas, Alzheimer, Rentabilidad.

## Day Stays Services (DSS): a profitable alternative

### Abstract

Day Stays Services (DSS) are assistance devices that seek giving services to patient with different dependence level being compatible with sociolaboral activity of patients family.

Study pursues to know if services that lend DSS, their effectiveness and cost, are profitable compared with people being in equivalent situations and domiciled.

Our results demonstrate that service portfolio is wider and more efficient than domiciled.

Study was carried out on 70 sufferers of Alzheimer disease, 25 registred in Complejo Socio-sanitario Hospital Provincial and 45 domiciled. There were no significance about age or associate comorbidity, but sex and deterioration degree, as well as rent, were meaningful.

Our study suggests that (DSS) are efficient units that allow caretakers to co-ordinate their sociolaboral life and also the relationship between rent level and deterioration with home permanence or DDS.

*Key words:* Day Stays Services, Alzheimer, Profitability.

## Introducción

Los Servicios de Estancias Diurnas (SED) son definidos por la Orden de la Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha, de 26/XI/98<sup>1</sup>, como un recurso social para mayores con dependencia para las actividades de la vida diaria, terapia, rehabilitación, etc., para los enfermos, así como apoyo familiar y mantenimiento sociolaboral de los cuidadores y pacientes en su entorno.

La necesidad creciente de estos servicios es paralela a la demanda de servicios sociosanitarios, que va incrementándose por factores como el envejecimiento de la población por la mayor esperanza de vida, y también por la mayor incorporación de la mujer al mundo laboral, al ser ella quien soportaba toda esa demanda "oculta".

Con la configuración de los primeros servicios de día en Chinatown<sup>2</sup>, en la ciudad de San Francisco (EE.UU.) a finales de los años 70, comienza el desarrollo del Espacio Sociosanitario (SST), que plantea en esencia dos grandes modelos; por un lado, un sis-

tema de complementariedad que se basa en la participación de todos los dispositivos de manera coordinada y que requiere un buen desarrollo de la atención primaria, y, de otra parte, un sistema que podríamos denominar "de subsidiaridad", que genera un tercer espacio que englobaría camas de larga estancia, etc., y sin contacto con el resto de las redes sociales y sanitarias salvo en cuestiones puntuales<sup>3</sup>. En nuestro medio, quizás uno de los modelos más representativos puede ser el Programa Vida Als Anys<sup>4</sup>; junto a él, otras experiencias<sup>5-7</sup> vienen a sugerir las ganancias que aportan los diferentes programas que abordan el problema.

El Consejo de Europa definía la dependencia como el estado en que se encuentran las personas que rozan la disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, y que tienen la necesidad de ayuda o asistencia importante para realizar su vida cotidiana. Lo verdaderamente característico de esta situación son dos aspectos; de una parte, la tendencia a que la situación sea permanente y que, además, progrese<sup>8</sup>.

Este espacio sociosanitario pretende dar respuesta a la demanda creciente de servicios, a caballo entre lo puramente sanitario y lo estrictamente social, participando parcialmente de ambos y no siendo específico de ninguno. Quizás nuestro antecedente más importante pueda estar en el Informe Abril<sup>9</sup>, que configuraba para esta fase sociosanitaria un dispositivo coordinado que atendiera los síndromes geriátricos, la discapacidad funcional, las necesidades físicas para las actividades de la vida diaria y las necesidades de los cuidadores, dejando el ámbito social para la pobreza, el aislamiento, las barreras estructurales, etc., y en la fase sanitaria enmarcaba las enfermedades crónicas, degenerativas, entre otras.

De aquel informe de 1991 hasta hoy se han producido avances, de modo que el espacio SST atiende la dependencia, pendiente de desarrollar normativamente, pero haciendo esto desde un planteamiento más integral<sup>10</sup>.

Con la aparición de dispositivos como el SED se presenta una forma de prestar servicios en el sector desde un modelo ambulatorio y no de internamiento, como las unidades de media estancia<sup>11,12</sup>, y quizás más en la línea de los hospitales de día geriátricos<sup>13</sup>, planteándonos como *hipótesis* para este estudio que las prestaciones sociosanitarias en el SED son mayores en cartera de servicios y más eficientes que las cubiertas, privadamente o no, para los pacientes domiciliados.

Los *objetivos* del estudio son:

1. Cuantificar las carteras de servicios y sus costes para pacientes domiciliados y asistentes al SED.
2. Comparar prestaciones y determinar sus rentabilidades respectivas.

3. Caracterizar el perfil de los pacientes en cada caso.

## Material y método

Para la realización del estudio se definió el caso de enfermo de Alzheimer (E.A.) como aquellos que así hubieran sido diagnosticados por neurólogos o geriatras. El ámbito del estudio fue referido al Área de Salud de Guadalajara, y el período de estudio de mayo de 2001 a abril de 2002, ambos inclusivos.

El diseño fue observacional retrospectivo sobre un muestreo aleatorio simple.

Las variables a estudio fueron edad, sexo, comorbilidad asociada, grado de deterioro según la escala Blessed, nivel de renta y dispositivo de asistencia del paciente.

La secuencia sugerida para el estudio consistió en un vaciado de datos clínico-administrativos de cada paciente participante. En el caso de los asistentes al SED se obtuvo de sus historias clínicas, y en el de los domiciliados mediante encuesta.

Posteriormente se definieron las carteras de servicios que se percibían en ambos casos y sus costes.

Finalmente se hizo un estudio de comparación de medias entre los participantes, con estadísticas descriptivas y de medias, para un error  $I p < 0,05 +/ -$  de los pacientes domiciliados según registro de atención especializada, y en los usuarios del SED incluímos todos los casos.

Previamente se solicitó autorización verbal a los familiares de los pacientes, a quienes se les explicaban los objetivos, limitaciones y garantías del estudio.

## Resultados

Estudiamos 70 pacientes de E.A., de los cuales 25 eran asistentes al SED y 45 domiciliados.

La edad media fue 74,72 años (IC 95 % 68,10-79,34). La comorbilidad media asociada 1,74 (IC 95 % 1,01-3,30). En ninguna de estas dos variables hubo significación estadística.

La relación por sexos fue 3,01 mujeres/varones y sí presentó significación estadística.

Las rentas también fueron significativas, siendo mayores en los domiciliados ( $x = 598 \text{ €}$ ) frente a los pacientes del SED ( $x = 368 \text{ €}$ ).

El grado de deterioro también fue significativo ( $p = 0,0021$ ), siendo para el SED un Blessed > 20 en todos los casos, frente a los domiciliados, que tenían un grado I (<15) el 64 % y un grado II 16 pacientes (35 %).

Entre los servicios que se proponen desde el SED se incluyen los que apa-

recen en la tabla I, así como los que reciben los pacientes domiciliados.

El coste medio por paciente y año en el SED ascendió a 10.400 €, de los que el paciente aporta un 12 % (1.248 €/año). Frente a estos costes, los domiciliados suponían 8.319 € para sufragar la ayuda en domicilio, veladoras, y de ese valor el paciente aportaba el 25 % (2.880 €).

El coste medio que obtuvimos de la contratación de servicios privados para cuidados profesionales ascendió a 9.533 €/año de media (IC 8953-10121) con una aportación de 2.483 € que, sumado al anterior, suponían 4.563 €/año de coste directo, siendo también esta diferencia respecto al SED significativa ( $p = 0,00213$ ).

La relación de coste entre el SED y los domiciliados es 1/1,66 €, y de los servicios 1 (Sed)/0,43 (domiciliados).

## Discusión

Los resultados del estudio sugieren la

**Tabla 1. Cartera de servicios del SED y domiciliados**

Servicio estancias diurnas	Domiciliados
Consulta médica/diaria	Idem/demanda
Consulta enfermería/diaria	
T.ª ocupacional/diaria	Ayuda a domicilio
Fisioterapia/a demanda	
Psicomotricidad/diaria	Veladoras
Gerontogimnasia/diaria	
Taller de reminiscencia y orientación a la realidad y temporoespacial/diaria	Cuidados enfermeros privados Cuidados fisioterapia privados Cuidados familiares
Taller musicoterapia/alternos	
Servicio podología/a demanda	
Servicio estomatología/demanda	
Servicio apoyo familiar/demanda	
Servicio aseo/dieta: diaria	
Servicio baño/días alternos	
Servicio transporte/diario	

utilidad de los servicios de estancias diurnas, máxime si observamos su horario de funcionamiento, entre las 10 y las 17 horas, si bien la banda horaria, entre recogida y retorno del primer y último paciente, se amplía en torno a una hora (9 a 18 horas), lo que evidentemente aporta una buena ayuda a compatibilizar de forma razonable la actividad sociolaboral de los cuidadores informales (familiares) con el cuidado de los pacientes, sin que tengan que abandonar el domicilio.

Sin embargo, no parece coherente mantener a los pacientes en los domicilios, aunque esta opción sea factible para algunas familias, cuando las posibilidades de beneficio sean inferiores a las de los pacientes que acuden al SED, de manera que las familias se van sobrecargando y acuden a los dispositivos en fases más avanzadas de los pacientes, casi sobrepasados en algunas ocasiones, sin dejar opción a la intervención de los SED, e incluso haciendo más traumático el desplazamiento/orientación del paciente a dispositivos residenciales.

Ordenadamente podríamos establecer un paralelismo entre las fases evolutivas del deterioro de los pacientes y los diferentes dispositivos existentes, si bien esta ordenación debe ser flexible y en la línea propuesta en la literatura<sup>14,15</sup>.

Así pues, en la fase I se podría aportar la ayuda a domicilio; la fase II sería la ideal de los SED y la fase III la específica de residencias. Esto referido al paciente; y, en cualquiera de los estadios, para los cuidadores informales (familiares habitualmente), programas de respiro familiar de fines de semana o programas de estancias temporales, previstas para tiempos más prolongados, por vacaciones u otras circunstancias.

Nos llaman la atención los datos de

población referidos a rentas, que sugieren que el grupo más beneficiado de estos servicios SED estaría formado por los más desfavorecidos en términos de rentas (rentas más bajas), y, junto a ellos, se encuentran un 16 % de pacientes domiciliados en fase II, que se sugieren más adecuados para estos servicios.

En ningún caso nuestro servicio (SED) analizado excluye la participación directa de los profesionales sanitarios responsables del paciente, médicos y enfermería de atención primaria y especializada, sino que las prestaciones desde este Centro son complementarias a los de los primeros, manteniéndose en todo caso contacto constante con las familias, a las que, además, se les proporcionan observaciones resaltables diariamente, consejos y colaboraciones, así como el apoyo y descarga correspondiente mediante los programas específicos (programa de apoyo al cuidador informal), grupales o individuales, según los casos. Idénticos programas se ofertan a los profesionales (cuidadores formales).

En términos económicos las diferencias entre lo que se aporta por los pacientes en los SED y los valores obtenidos para los domiciliados fueron más del doble en el segundo caso, lo que sugiere eficiencia. Pero, además, en cuanto a los servicios proporcionados en cada opción, también fueron claramente superiores los del SED, y aportados, en este caso, de una forma ordenada, organizada y profesionalizada; extremos éstos que no se presentaban de manera regular en los pacientes domiciliados. Así pues, y junto con lo anterior, se propone que estos datos avalarían la rentabilidad de estos servicios. A este respecto, es interesante resaltar que no hemos obtenido datos de análisis de evaluación de los resultados producidos por estas unidades en la literatura, pero coincidimos

con Ferré y col<sup>16</sup> respecto a que se han de consensuar nuevos indicadores diferentes a los habitualmente utilizados por tratarse de unidades diferentes. Tan importante es este extremo que, mientras que las referenciadas en la bibliografía mayoritariamente tienen entre sus objetivos reducir las estancias en los Centros de agudos y retornar al domicilio, ésta que nos ocupa pretende, como ya se indicó, mantener al paciente en su medio y facilitar el mantenimiento de la actividad sociolaboral del cuidador, pero nunca para el retorno al domicilio, sino, en todo caso, a una residencia, lo cual también le confiere un valor especial como eslabón en la cadena asistencial sociosanitaria como otros autores proponen<sup>17,18</sup>.

Un aspecto que debe explicarse es que todos los pacientes que asistieron al SED tenían un grado de deterioro en la escala Blessed moderado o grado II (> 20 puntos), debido a que el Centro definió en su configuración este valor como punto de corte general para acceder a él, mientras que entre 15 y 20 puntos de Blessed se orientaría a los pacientes a otro dispositivo. No obstante lo anterior, se nos sugiere discutible si es conveniente que los enfermos asistentes lleguen con un valor promedio de Blessed de 26 (IC 95 % 19-28), dado que ya en esa situación las aportaciones de beneficio clínico son muy escasas, limitándose su intervención, en lo general, a la ordenación del ritmo vigilia-sueño, movilizaciones pasivas, higiene, alimentación y terapéuticas farmacológicas prescritas, pero sin posibilidad de actuación desde el taller de memoria, movilidad física, educación de esfínteres, psicomotricidad o gerontogimnasia, orientación diaria a la realidad, etc., quedando disminuida por esta razón la efectividad global de este dispositivo. Sin embargo, en pacientes menos deteriorados las posibilidades de acción desde esos programas son muy superiores y, por tan-

to, aportan buenos resultados en relación con el mantenimiento de diferentes capacidades de los enfermos, datos éstos actualmente en evaluación y que serán analizados para su próxima publicación.

Así pues, y a modo de conclusiones, podríamos aceptar que los SED son dispositivos rentables en términos globales, más aún para las personas con rentas más bajas, lo que indica el mayor beneficio social, y, sociosanitoriamente, es aconsejable captar a los pacientes subsidiarios de estos servicios en etapas de deterioro anteriores a las que en la actualidad acuden.

Con todo lo anterior, el valor de compatibilizar la vida sociolaboral de las familias manteniendo al paciente en su medio es poco discutible, y cuando el paciente está domiciliado, independientemente de la razón, es importante sugerir una mayor implicación de los dispositivos sanitarios de atención primaria y asistencia social en la ordenación integral de la asistencia.

### Agradecimientos

A Dña. María Rosa Sánchez Esteban, por toda la tarea administrativa y de tratamiento de texto en este estudio, y a todos los profesionales que han cumplimentado los registros de datos utilizados.

### Bibliografía

1. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, n.º 57 de 4/XII/98.
2. White A et al. Evaluation of the Program of All-inclusive care for the Elderly Demonstration. Abt Associates Inc., October 2000.
3. Casado, D. 2000. A vueltas con lo

- sociosanitario. *Economía y Salud*. 2003; septiembre (48): 1-2.
4. Salvá et al. Una experiencia de atención sociosanitaria: Programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro. *Revista de Administración Sanitaria*. 1999; 3 (11): 413-427.
  5. Kodner DL. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clin Exp Res*, 2002; 14 (4): 307-313.
  6. Brown L. Evaluating the impact of integrated health and social care teams in older people living in the community. *Health and Social Care in the Community*, 2003, 11 (2): 85-94.
  7. Bernabei R et al. Randomised trial of impact of model of integrated Care and Case management for older people living in the Community. *BJM*, 1998, 316: 1348-1351.
  8. Consejo de Ministros a los Estados Miembro. Recomendación n.º (98) 9, relativa a la dependencia adoptada por el Comité de Ministros el 18/XII/98 en la 641.ª reunión de Delegados.
  9. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. 1991. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
  10. Congreso de los Diputados. Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. Madrid; diciembre 1997.
  11. Miralles Basseda R. Psicogeriatría y unidades de media estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (4): 187-189.
  12. Ávila Tato R, Vázquez Rodríguez E, Baztan Cortés JJ. Unidades de media estancia geriátrica: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35: 3-14.
  13. Baztan Cortés JJ, Hornillos Calvo M, González Montalvo JI. Hospital de Día Geriátrico. Características, funcionamiento y efectividad. *Rev Clin Esp* 1993; 101: 699-704.
  14. Arriola Manchola E; García Navarro JA, Fernández Viadero C, Alaba Trueba J, Varona Alonso M, Maturana Navarrete N et al. Papel de los distintos niveles asistenciales geriátricos en la atención al paciente con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(Suppl 4): 26-34.
  15. INSALUD. Criterios de ordenación de los servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid. INSALUD; 1996.
  16. Ferré Jodra A, Capdevila Ordóñez M, García Lidón E, Almenar Monforte C. Evaluación de la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (4): 190-197.
  17. Baztan Cortés JJ, Hornillos Calvo M, González Montalvo JI. Encuesta sobre la estructura y actividades de las unidades de media estancia y convalecencia en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35: 61-76.
  18. Izquierdo G, Del Pozo P, Vázquez E, Ruipérez I. Unidades geriátricas de media estancia, un recurso básico para disminuir la dependencia. *Asist Sociosan Bienestar* 2000; 1: 9-11.





# Todosvacunados.com: una apuesta de Educación para la Salud y nuevas tecnologías

\*Álvarez Pasquín MJ, \*\*Gómez Marco J, \*\*\*Mayer Pujadas MÁ,  
\*\*\*\*Álvarez de la Gala M, \*\*\*\*\*Ledo Caseiro C, \*\*\*\*\*Morató i Agustí ML  
\*EAP Santa Hortensia. Área 2 IMSALUD Madrid. Grupo de Prevención Enfermedades Infecciosas PAPPS-semFYC  
\*\*EAP Las Calesas Área 11 IMSALUD Madrid. Grupo de Prevención Enfermedades Infecciosas PAPPS-semFYC  
\*\*\*Director Web Médica Acreditada. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Grupo de Prevención Enfermedades Infecciosas PAPPS-semFYC  
\*\*\*\*Director de Proyectos Interactivos Media Planning Group  
\*\*\*\*\*Diseño gráfico y web  
\*\*\*\*\*CAP Sant Just Desvern Barcelona. Coordinadora Grupo de Vacunas SCMFYC  
mjlvarez@todosvacunados.com

## Resumen

*Objetivo:* poner a disposición del público una web de educación para la salud sobre vacunas en castellano, creada por un equipo multidisciplinario, con criterios de calidad y avalada por diversas sociedades implicadas en el mundo de la vacunología o su aplicación.

*Material y métodos:* se desarrolló una página web sobre vacunas que cumpliera criterios de excelencia tanto en contenido (vacunas) como de herramienta (accesibilidad, usabilidad, lenguaje apropiado, fácil navegabilidad). Además, se han diseñado estrategias de marketing destinadas a posicionar la web entre el público objetivo.

*Resultados:* todosvacunados.com cuenta con un tráfico actual de más de 200 visitas diarias y es una de las primeras webs referenciadas sobre vacunas cuando se aplican determinados criterios de búsqueda en los principales buscadores.

*Conclusiones:* todosvacunados.com se enmarca como experiencia inicial de Educación para la Salud en las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación, acompañada de estrategias de marketing que apoyan su difusión para un mejor conocimiento sobre el tema de las vacunas, que cuenta ya con experiencias contrarias en otros países.

*Palabras clave:* Vacunas, Inmunización, Calendario vacunal, Internet, Educación salud.

## Todosvacunados.com: a bet of Health Education and new technologies

### Abstract

*Objective:* to make available for public a Web of health education vaccines in Castilian, created by a multidisciplinary equipment, with quality and guaranteed criteria of societies implied in the world of vaccines and its application.

*Material and methods:* a page on vaccines Web was developed with fulfilled criteria of excellence as much in content (vaccine) as like tool (accessibility, usability, appropriate language, easy navigability). In addition marketing strategies have been designed to position the Web into objective public.

*Results:* todosvacunados.com includes actually traffic of more than 200 daily visits and is one of the first references on vaccines if certain search criteria in the main finders are applied.

*Conclusions:* todosvacunados.com frames like initial experience of Education for the Health in the New Technologies of the Information and Communication supported with marketing strategies that support their diffusion for a better knowledge on the subject of vaccines, which counts already on opposite experiences in other countries.

*Key words:* Vaccines, Immunization, Immunization schedule, Internet, Health education.

## Introducción

La Educación para la Salud (EPS) ha sido considerada como uno de los campos de innovación de la reforma educativa en curso en España, y cobra cada vez mayor importancia como área de trabajo pedagógico en la educación reglada y en la educación social (no reglada). Sin embargo, la Educación para la Salud es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con la salud: de un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social. El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico según el cual las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: de la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud.

Así pues, la EPS, que tiene como objeto mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas: preventiva y de promoción de la salud. Desde el punto de vista preventivo, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien evitando sus posibles consecuencias. Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables. Las características metodológicas clave que presentan los programas de EPS evaluados como efectivos son:

- Que incorporen métodos de aprendizaje activos.
- Que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas.
- Que refuercen los valores individuales y las normas grupales.
- Que promuevan el desarrollo de habilidades (sociales fundamentalmente)<sup>1</sup>.

La explosión de la tecnología de la información ha abierto nuevos caminos y un acceso inmediato al aprendizaje sin precedentes desde la invención de la imprenta hace quinientos años. Como en cualquier otro instrumento novedoso o primicia, la facilidad de diseminación del conocimiento puede no revelar el impacto de la comunicación en aspectos tan relevantes como los cambios de conducta y las creencias en salud. La tecnología de la información y la informática de salud del consumidor están formando parte de la salud pública y de las políticas nacionales de salud. Esta tendencia puede observarse mayormente en los países desarrollados<sup>2</sup>. La disponibilidad cada vez más amplia de información interactiva que es accesible al consumidor coincide con el deseo de asumir una mayor responsabilidad en cuanto a las decisiones

relacionadas con su propia salud<sup>3</sup>. Por otro lado, surge la necesidad de establecer criterios de calidad que avalen la credibilidad de la información en Internet<sup>4,5</sup>.

Todosvacunados.com<sup>6</sup> nace como respuesta a los problemas surgidos en otros países desarrollados, como la disminución de coberturas vacunales por el impacto de los movimientos antivacunas que han tomado la delantera no sólo en Internet, sino que exageran, publicitan y dramatizan efectos secundarios de las vacunas frente a los medios de comunicación y el público, con una inadecuada base científica<sup>1,7</sup>, a la incipiente necesidad de asumir una mayor responsabilidad en las decisiones relacionadas con la salud y a la necesidad de establecer información de calidad en el contexto de unos criterios que avalen la credibilidad de

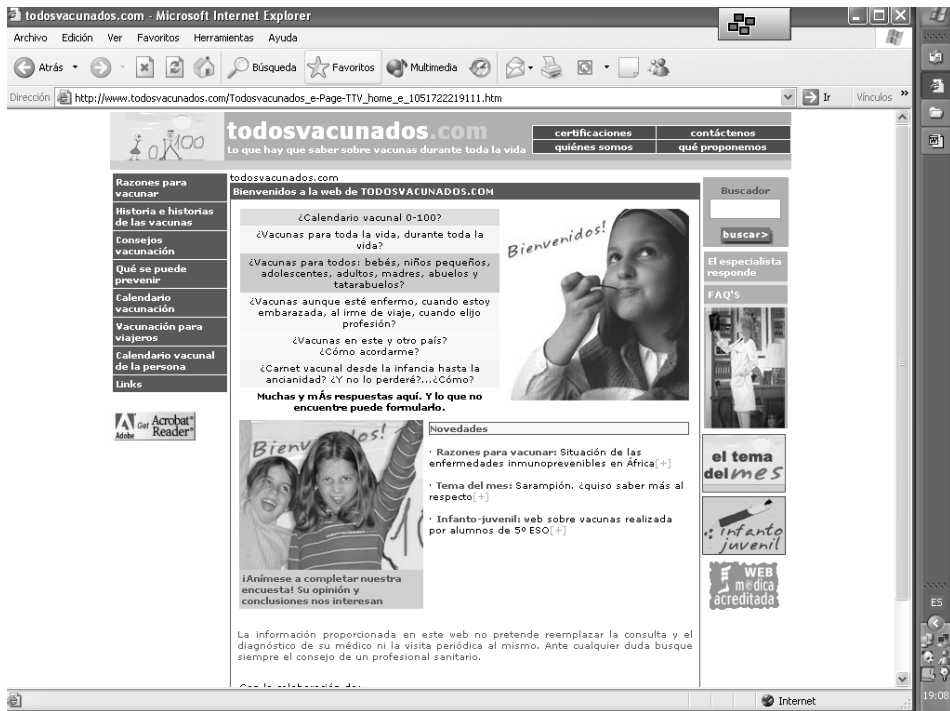


Fig. 1. Portal de todosvacunados.com

la información en Internet. A medida que la presencia de una enfermedad infecciosa se debilita y desaparece el miedo de la población a la incapacidad o la muerte, aumenta la preocupación por los efectos secundarios de las vacunas y su seguridad. La utilización de los medios de comunicación y de Internet en el mundo actual de la comunicación global ha permitido una influencia inmensa de los grupos anti-vacunas, que han impactado de forma mesurable en las políticas de vacunación. Por esta razón, los proveedores de vacunas, cuerpos legislativos, personal hospitalario y de atención primaria, escuelas y otros deben tener la destreza de reconocer y defender el valor de las vacunas frente a personas, poblaciones o sociedades con dudas legítimas<sup>1</sup>.

Existe un vacío de información integral –abarcando desde el recién nacido hasta el abuelo de 100 años– en lengua castellana en Internet. Algunas de las pocas referencias son la versión traducida de los CDC al castellano<sup>8</sup>, difícilmente adaptables a la población de España, información específica respecto a vacunas muy concretas, perteneciente a industrias farmacéuticas sin los criterios de calidad sugeridos por algunos proyectos europeos<sup>9</sup>, o específica para profesionales sanitarios<sup>10</sup>.

En este entorno, y aunque en España estos movimientos son iniciales<sup>11</sup>, proponemos la creación de una web de información y formación sobre vacunas para el público general destinada a:

- Ser web de referencia vertical de calidad para la población general en el tema de vacunas para información, promoción y formación.
- Constituir una puerta de entrada para profesionales sanitarios a una

amplia y diversa información sobre vacunas.

- Difundir las estrategias vacunales de España y otros países.
- Informar sobre las campañas vacunales pertinentes (gripe...).
- Ofrecer las novedades en vacunología de forma comprensible para el público.
- Dar respuesta actualizada a los temas polémicos que puedan surgir en los medios de comunicación.

### Material y métodos

Todosvacunados.com (.org) está desarrollada por un equipo multidisciplinario siguiendo las actuales recomendaciones de hacer partícipes a los pacientes<sup>12</sup> y a otro tipo de personal en la creación de la web. Se incorporan, por lo tanto, personas que aportan una visión integral del tema:

- Conocimiento del tema desde el punto de vista científico.
- Conocimiento del tema desde el punto de vista del usuario.
- Conocimiento del medio: participación de personas expertas en el desarrollo de las nuevas tecnologías desde diversos sectores.
- Conocimiento de los medios de formación: por la participación de expertos en el tema.

Además, cuenta con un importante equipo de colaboradores en el que participan desde los más prestigiosos expertos del país en el campo de la vacunología hasta profesionales del día a día. Se incluye enfermería, a una experta en bioética, para el apoyo en

cuestiones que puedan surgir, y se pretende contar con público general interesado en el tema. El resultado es una visión integral del tema, con soluciones y respuestas a medida. Dentro de las tareas del comité editorial cabe destacar las obligaciones de las personas no sanitarias. Incluye apoyo de infraestructura, marketing; visión, lectura y crítica de los contenidos de la web; detección de temas de interés, elaboración de contenidos de respuesta emocional, desarrollo de material educativo a distintos niveles (escolar, padres, viajeros, etc.) en formatos para la web o de apoyo mediante otras tecnologías, y elaboración de las encuestas.

Todosvacunados.com se conforma como un instrumento de educación para la salud que debe cumplir ciertas características. En primer lugar, debe poseer unos criterios adecuados sobre su contenido y, por otro, cumplir ciertos requisitos que la hagan una herramienta de uso adecuado.

Respecto al contenido, se establecieron los siguientes apartados tras varias sesiones de tormenta de ideas –con un componente tecnológico de participación mediante chat–. Esta página web cuenta con servicios de información útiles, como las secciones:

- Razones para vacunarse: en este apartado se especifica qué es la vacunación y diez buenas razones para vacunarse en un lenguaje ameno y coloquial.
- Historia e historias de las vacunas: se abordan desde una perspectiva general anécdotas de la vacunación y relatos sobre los primeros movimientos antivacunas.
- Consejos de vacunación: se ofrecen consejos; desde cuándo, cómo

mo y por qué conviene vacunarse y la situación legal al respecto en España.

- ¿Qué se puede prevenir?: listado y especificación de diversas enfermedades, sus vacunas y las diferentes indicaciones.
- Vacunación del viajero: además de unos consejos generales, se pueden consultar las vacunas indicadas mediante mapas en los diferentes destinos y en función de las características del viaje. Es uno de los puntos estrella de la web.
- Calendario vacunal de la persona: aspecto novedoso que recoge información general sobre la vacunación de la persona, por edad y por circunstancias. “Un tiempo para cada vacuna y cada vacuna a su tiempo.”

Todosvacunados.com ofrece además el apartado de “El experto responde” para consultar dudas, aunque nunca sustituye la vista con el profesional sanitario. En “El tema del mes” se abordan temas específicos de actualidad o algunos ya tratados en un lenguaje más coloquial. Por último, incluye un apartado infantil-juvenil que pretende ser una parte interactiva con los niños una vez establecida la campaña divulgativa y de formación a nivel de las escuelas.

La elaboración de la web, los servicios y contenidos ofrecidos en ella, se han basado en el cumplimiento de los criterios de calidad<sup>13</sup> y deontológicos exigidos por Web Médica Acreditada<sup>14</sup> así como los de Honcode<sup>15</sup> y los de Proyecto de Web Médica de Calidad<sup>16</sup>. Estos criterios coinciden con los recomendados en el informe *Luces y Sombras de la Información en Internet* de la Sociedad Española de Informática y Salud (SEIS)<sup>17</sup> y avalados por la

Agencia Española de Evaluación de nuevas Tecnologías<sup>18</sup>. (Tabla 1)

La web, además, reunirá las siguientes características que hagan que sea una herramienta de fácil uso y consulta práctica.

- Usabilidad: es la característica de la web cuyos objetivos son:
  - Que el usuario encuentre lo que busca en las páginas de la web.
  - Que lo encuentre fácilmente.
  - Que se le muestre la forma de llegar rápidamente a la información que le interesa. La ingeniería de usabilidad se emplea para diseñar páginas web que respondan a ne-

cesidades de información del usuario, es decir, que sean realmente útiles y productivas a usuarios definidos. Con la ingeniería de usabilidad se llega a diseñar la iconografía representativa de la información y los contenidos de la web, la estructura de la información de acuerdo con una lógica de usuario y las barras de navegación que emplea el usuario para explorar y recorrer la web<sup>19</sup>.

Todosvacunados.com siguió estas recomendaciones además de las elaboradas por el informe *Luces y Sombras de la Información en Internet* de la Sociedad Española de Informática y Salud (SEIS)<sup>17</sup> (Tabla 2).

- Accesibilidad: todosvacunados.com facilitará mediante su diseño y confi-

**Tabla 1. La calidad de la información de salud en Internet**  
(tomado de *Luces y sombras de la información de salud en Internet*)

Dónde está publicada la información. Si se trata de una revista científica, una página de una sociedad profesional, institucional o comercial.
Identificación del proveedor o responsable de la web.
Aviso legal que describa el propósito, ámbito, autoría, actualización y limitaciones de la información.
Objetivos y propósito de la web.
Identificación de responsables de cada sección y forma de ponerse en contacto con ellos.
Definición del perfil de visitantes que permita adecuar los contenidos.
Descripción del proceso de revisión y adaptación.
Fecha de actualización de la web.
Autoría: identificación, titulación y demás credenciales de los autores.
Identificación de las fuentes de información, citas y referencias.
Rigor científico: precisión de la información, jerarquía de la evidencia, adaptación al público al que va destinado, posibles sesgos, indicación de las omisiones, referencias.
Facilidad de acceso a la información que incluye la navegación, clasificación de la información y sistemas de búsqueda.
La publicidad debe estar separada de los contenidos.
Los patrocinios y publicidad no deben influir en la información suministrada.
La publicidad debe cumplir las normas de ética y no ofrecer productos o información engañosa o peligrosa.
Los patrocinios deben hacerse constar de forma visible, indicarse los posibles conflictos de intereses y señalar claramente las áreas restringidas o de pago.
Los sitios web deben cumplir la legislación en materia de seguridad y confidencialidad, titulación, información al usuario, y venta de productos y servicios del país de origen.

guración de la web el acceso a la información sin limitación alguna por razón de deficiencia, discapacidad o minusvalía. Para ello se siguen las recomendaciones del Test de Accesibilidad a las Webs (TAW)<sup>20</sup>. El informe de todosvacunados.com puede verse en la Tabla 3.

La continuidad de la web y su dinamismo se basan en mantener las páginas presentes en los buscadores más usados, además de otras aplicaciones que servirán para que la web esté bien "alimentada", como:

- Modificación parcial de páginas.
- Elaboración de estadísticas.
- Actualización periódica en buscadores.
- Recepción de correo electrónico.
- Respuesta a consultas.
- Envío de documentos postales.
- Distribución de novedades.

**Tabla 2. El portal sanitario<sup>24</sup>**  
(tomado de *Luces y sombras de la información de salud en internet*)

<p><b>Concepto de portal sanitario</b> Un portal es un punto de entrada o puerta de acceso a la Red que facilita un conjunto de servicios y localización de información útil. Un portal sanitario es aquél cuyo contenido está relacionado con la salud y la sanidad. Los destinatarios de un portal sanitario pueden ser profesionales, consumidores y pacientes. Los portales pueden ser horizontales, cuando facilitan información general, y verticales, cuando esa información es especializada.</p>
<p><b>Servicios del portal</b> Los servicios que ofrece un portal sanitario a los profesionales son: - Información científica, que es la más utilizada, con acceso a las bases de datos bibliográficos. - Enlaces o hipervínculos, que deben ser evaluados antes por los responsables del portal. - Novedades, alertas, foros y listas de distribución. - Formación. - Comercio electrónico. Los servicios que se ofrecen habitualmente a los consumidores y pacientes son la información, gestión, monitorización y telemedicina.</p>
<p>Los servicios que se ofrecen a los pacientes deben garantizar: - Confidencialidad - No reemplazar la relación médico-paciente. - Indicar claramente qué es publicidad y qué servicios se cobran. - Ofrecer información que esté basada en pruebas científicas (la mejor evidencia disponible) - La información debe estar accesible, sistematizada y actualizada. - Debe existir un sistema de recogida de opinión de los usuarios.</p>
<p><b>Desarrollo de un portal</b> El aspecto más importante de un portal son los contenidos, que se deben elaborar en función de los usuarios del portal. Resulta importante la identificación de los temas de interés. Los contenidos deben estar sometidos a un sistema de evaluación y propuestas de mejora. Se les deben incorporar enlaces que supongan valor añadido a la información que se ofrece.</p>
<p><b>Financiación</b> La financiación de un portal habitualmente proviene de dos fuentes: la publicidad y el cobro a los usuarios por los servicios prestados. Las dos fuentes de financiación son muy dependientes de la fidelidad de los usuarios, y ésta de la calidad de los contenidos.</p>



Todos los elementos descritos se llevan a cabo en todosvacunados.com, excepto los dos últimos, que se han pospuesto para una segunda fase de la web.












El crecimiento de la web se basa en estrategias divulgativas en cinco campañas de educación para la salud para cinco poblaciones diana, entre las cuales se encuentra específicamente el personal sanitario. Se han combina-

do estrategias de marketing tanto fuera como dentro de Internet. En la actualidad se combina la idea de marketing *one to one*, que permite Internet aplicado a la EPS- *Educación Para la Salud one to one*<sup>21</sup>.

## Resultados


En los resultados obtenidos hasta ahora se observa una audiencia (figu-

**Tabla 3. Test de Accesibilidad de la Web aplicado a todosvacunados.com**

<p>Resultado de la verificación: interpretar resultados</p> <p>Encontrada redirección a: <a href="http://www.todosvacunados.com/todosvacunados_e-page-ttv_home_1051722219111.htm">http://www.todosvacunados.com/todosvacunados_e-page-ttv_home_1051722219111.htm</a></p>
<p>Problemas encontrados:</p> <p> [WAI] Un desarrollador de contenidos de páginas web tiene que satisfacer este punto de verificación. De otra forma, uno o más grupos de usuarios encontrarán imposible acceder a la información del documento. Satisfacer este punto de verificación es un requerimiento básico para que algunos grupos puedan usar estos documentos web. Se han encontrado 0 problema/s de tipo automático y 0 de tipo manual.</p>
<p> A continuación se detallan algunas sugerencias de tipo general que debe tener en cuenta en esta página.</p>
<p>inf  4.1: identifique los cambios en el lenguaje natural del texto.</p>
<p>inf  6.2: asegúrese de que los equivalentes de un contenido dinámico se actualizan cuando cambia el contenido.</p>
<p>inf  7.1: evite provocar parpadeo en la pantalla.</p>
<p> [WAI] Problemas accesibilidad de tipo 2. Un desarrollador de contenidos de páginas web debería satisfacer este punto de verificación. De otra forma, uno o más grupos encontrarán dificultades en el acceso a la información del documento. Satisfaciendo este punto de verificación eliminará importantes barreras de acceso a los documentos web. Se han encontrado 1 problema/s de tipo automático y 0 de tipo manual.</p>
<p>inf 7.4: no cree páginas que se actualicen automáticamente con <code>http equiv=refresh</code></p>
<p>Linea: 0005-&lt;META HTTP-EQUIV='refresh' CONTENT="0"; URL=http://www.todosvacunados.com/Todosvacunados_e-Page-TTV_home_e_1051722219111.htm"&gt;</p>
<p>A continuación se detallan algunas sugerencias de tipo general que debe tener en cuenta en esta página.</p>
<p>inf  3.1: cuando exista un marcador apropiado, use marcadores en vez de imágenes.</p>
<p>inf  3.2: confirme que el documento está validado por las gramáticas formales publicadas.</p>
<p>inf  6.4: en scripts y applets, asegúrese de que los manejadores de evento sean independientes del dispositivo.</p>
<p>inf  6.5: compruebe que los contenidos dinámicos son accesibles o proporcione presentación alternativa.</p>
<p>inf  7.2: evite parpadeo en el contenido de la página.</p>

.../...


.../...


 [WAI] Problemas accesibilidad de tipo 3. Un desarrollador de contenidos de páginas Web puede satisfacer este punto de verificación. De otra forma, uno o más grupos de usuarios encontrarán alguna dificultad para acceder a la información del documento. Satisfaciendo este punto de verificación mejorará la accesibilidad de los documentos web. Se han encontrado 1 problema/s de tipo automático y 0 de tipo manual.

inf 1.5: proporcione enlaces en formato texto, redundantes con cada una de las zonas activas de un mapa de imagen de tipo cliente.

inf 4.3: identifique el lenguaje natural principal del documento.

Línea: 0001-<html>

 A continuación se detallan algunas sugerencias de tipo general que debe tener en cuenta en esta página.


inf  4.2: indique la expansión de cada abreviatura cuando aparezca por primera vez.

inf  9.4: cree un orden lógico para navegar con el tabulador a través de vínculos, controles...

inf  9.5: proporcione atajos de teclado a los elementos más importantes.

Resultados:

Tiempos:

 Proceso: 0.296

 Carga: 0.187

 Problemas de accesibilidad encontrados en la dirección: <http://www.todosvacunados.com>



0



0



1



0



1



0

Enhorabuena. No se han detectado problemas que hagan esta página inaccesible. No olvide comprobar aquellos problemas que requieren revisión manual.

Realizada el 04/02/04

ra 2) que ha pasado de 27 visitas diarias en su primer mes de andadura en mayo de 2003 a 229 visitas diarias en mayo de 2004. Al inicio, existieron picos de vistas coincidentes con el efecto puntual de las presentaciones en radio, de manera que existen diferencias significativas en la proporción de visitas efectuadas/días marcados de junio con respecto a la proporción

media de visitas diarias a la web (determinado mediante una prueba de Chi Cuadrado para la diferencia de proporciones  $p < 0,05$ ) (Figura 3). En el tiempo se observa un efecto de crecimiento mantenido, con picos de visita no controlados. (Figura 4)

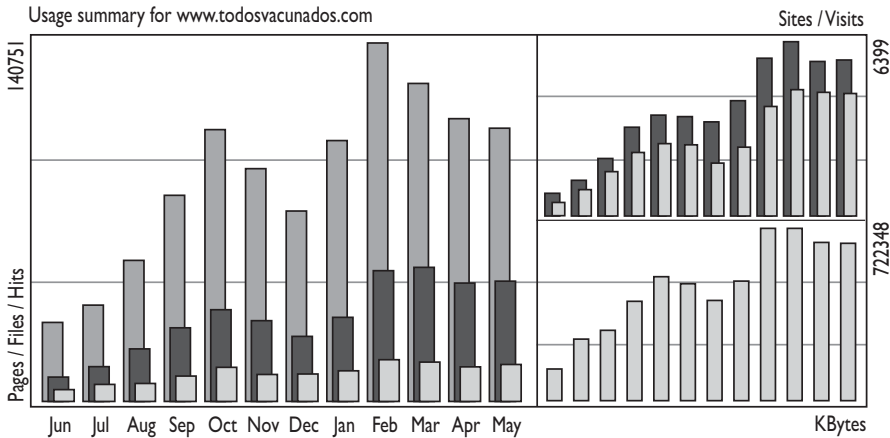
Todosvacunados.com aparece como una de las webs de referencia en pri-

mera página al utilizar buscadores como Google o MSN en términos como calendario vacunas, calendario persona o vacunas viajeros.

Recientemente, a todosvacunados.com se le ha otorgado el I Premio Balmis a la mejor acción social por la Asociación Española de Pediatría, reconociendo su papel educativo en el campo de la vacunología.

## Discusión

El interés demostrado por el público avala el atractivo del tema sobre el que se ha confeccionado la web. Se verifica una audiencia en aumento (Figura 2), no masiva, al tratarse de una web de contenido vertical, es decir, especializada en un único tema. Al inicio, existieron picos de vistas coincidentes con el efecto puntual de las



### Estadísticas de www.todosvacunados.com

Summary Period: Last 12 Months Generated 25-May-2004 17:43 CEST

Summary by Month										
Month	Daily Avg				Monthly Totals					
	Hits	Files	Pages	Visits	Sites	KBytes	Visits	Pages	Files	Hits
May 2004	4285	1881	567	229	4463	649201	5733	14176	47034	107145
Apr 2004	3696	1543	455	187	4516	659236	5620	13675	46308	110884
Mar 2004	4022	1691	498	206	4580	719757	6399	15450	52436	124697
Feb 2004	4853	1753	564	199	3992	722348	5790	16372	50860	140751
Jan 2004	3303	1059	386	135	2486	498405	4200	11973	32856	102397
Dec 2003	2414	813	340	109	1920	416277	3406	10544	25226	74857
Nov 2003	3035	1047	364	121	2561	487392	3650	10945	31425	91073
Oct 2003	3429	1147	445	118	2626	517198	3658	13813	35567	106307
Sep 2003	2699	970	340	108	2307	416210	3251	10208	29101	80975
Aug 2003	1783	651	231	67	1615	292791	2082	7191	20186	55303
Jul 2003	1212	437	211	40	961	257381	1268	6558	13565	37602
Jun 2003	1019	322	160	27	466	127727	813	4828	9676	30581
Totals						5763923	45870	135733	394240	106257

Fig. 2.

presentaciones en radio, de manera que existen diferencias significativas en la proporción de visitas efectuadas, días marcados de junio con respecto a la proporción media de visitas diarias a la web. Se observa un efecto mantenido debido a la difusión de la estrategia *online*, con picos de visita no controlados por la propia dinámica de Internet (factor de confusión), que añade acciones de difusión a las previamente planificadas en sitios afines. (Figura 4)

Por otro lado, la participación de público general desde el principio de la creación de la web aporta una novedad en la metodología de trabajo en relación con las aportaciones de los mejores expertos en e-Salud<sup>22,23</sup>.

La aplicación de estrategias de difusión destinadas a llegar al público objetivo de la web mejora su posibilidad

de ser una herramienta útil en el campo de la Educación para la Salud, como parece mostrar el interés de otros sitios afines que han vinculado su web a la nuestra incrementando el tráfico, como Fistera, Asociación de Usuarios de Internet, Asociación de Pediatras de Andalucía, Junta de Castilla y León, por citar algunas. Además, ha sido citada como web de consulta en periódicos como La Vanguardia Digital o El Fred Llum, entre otros.

Hasta ahora existen pocas webs sanitarias que proporcionen y, a su vez, difundan los criterios de calidad de estas páginas sobre información en salud. Existen pocos sitios web que en su elaboración sigan criterios de accesibilidad para personas discapacitadas<sup>24</sup>. Esto supone un aspecto de mejora en el que se debería formar a los webmasters o responsables de las páginas web.

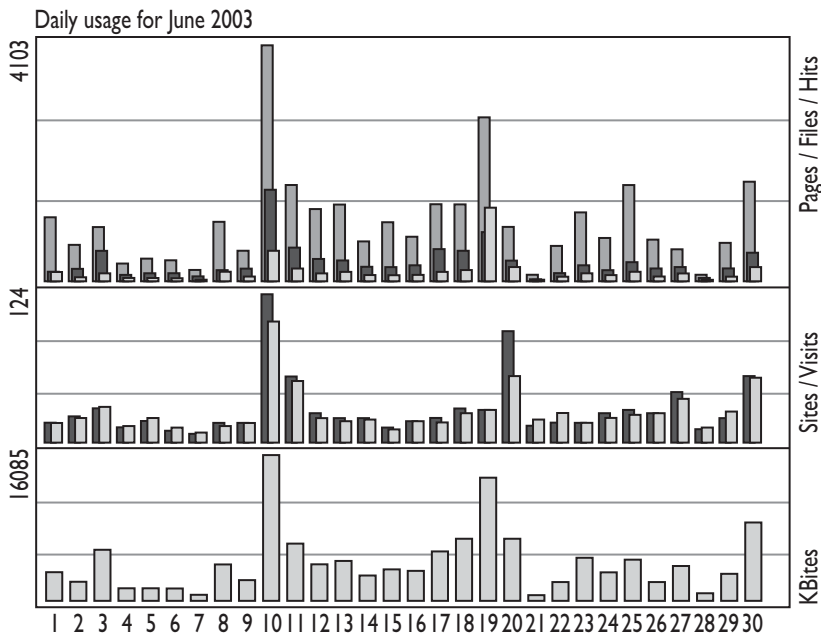


Fig. 3. Efecto de las presentaciones en radio de la web

En el futuro habrá nuevos aspectos que analizar mediante metodología cualitativa, como el tipo de consultas que se realizan; analizar el perfil de los usuarios; conocer el impacto de la web y la posibilidad de uso en educación para la salud, con elementos cada vez más interactivos.

### Conclusiones

Todosvacunados.com se enmarca como experiencia inicial de Educación para la Salud en las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación acompañada de estrategias de marketing que apoyan su difusión para un mejor conocimiento sobre el tema de las vacunas, que cuenta ya con experiencias de movimientos antivacunas en otros países con impacto de reducción de coberturas vacunales.

En el futuro, dadas las características de los pacientes interesados en tomar parte activa en las decisiones sobre su salud, parece conveniente la sincronización del conocimiento científico con las estrategias de difusión atractivas (marketing) sobre información sanitaria de calidad. En este entorno, Internet tiene la capacidad de posibilitar educación para la salud personalizada e interactiva.

### Glosario

*Hits*: representan el número total de las peticiones hechas al servidor durante el periodo dado (mes, día, hora, etc.).

*Files*: representan el número total de los hits (peticiones) que dieron lugar realmente a algo que era enviado al usuario. No todos los *hits* enviarán datos, tales como los pedidos encon-

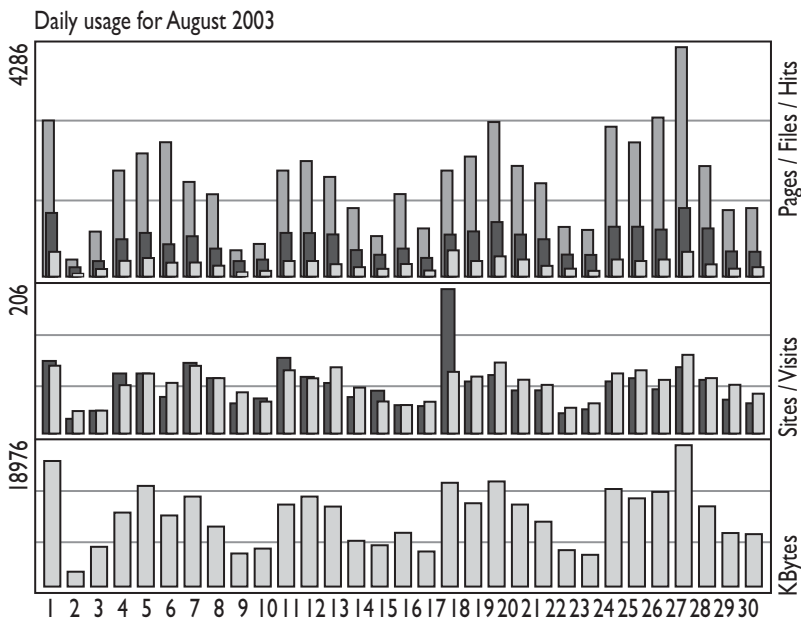


Fig. 4. Factores de confusión: efecto de difusión no controlada en Internet

trados 404-Not Found y las peticiones de las páginas que están ya en la caché de los navegadores.

*Tip:* mirando la diferencia entre *hits* y *files* uno puede tener una idea de visitas repetidas; si la diferencia entre los dos es grande, significa que mucha gente está pidiendo páginas que ya están en la caché del ordenador (que ya han visto).

*Sites:* son el número de direcciones IP únicas (direcciones/nombres de *host*) que hicieron peticiones al servidor. Atención al usar esta métrica para cualquier otra función que no sea ésta. Muchos usuarios pueden parecer venir de un solo sitio, y puede parecer también que vienen de muchas direcciones del IP, así que deben ser utilizados simplemente como medida indicativa en cuanto al número de visitantes a su servidor.

*Visits:* las visitas ocurren cuando algún sitio remoto pide una página en su servidor por primera vez. Mientras el mismo *site* va haciendo peticiones durante un período de tiempo determinado, todas serán consideradas parte de la misma visita. Si el sitio hace una petición a su servidor y la duración del tiempo de esta petición es mayor que el período especificado de *timeout* (por defecto es 30 minutos), se inicia y se cuenta una nueva visita y se vuelve a repetir la secuencia. Puesto que solamente las páginas iniciarán una visita, los *sites* remotos que vinculan un gráfico u otro objeto "no página URLs" de su *site web*, no será contada en la visita suma, reduciendo el número de visitas falsas.

*Pages:* las páginas son esas URLs que serían consideradas como la página real que es solicitada, y no todos los ítems individuales que la forman (gráficos y los clips audio...). Hay quien lla-

ma a esta métrica "páginas visitadas" y, por defecto, esta URL tiene una extensión htm, html, php o cgi.

Un KByte (KB) son 1024 bytes (un kilobyte). Se usa para mostrar la cantidad de datos que han sido transferidos entre el servidor y la máquina remota; se basa en los datos que hay en el registro (*logs*) del servidor.

## Agradecimientos

Todosvacunados.com se ha realizado en Metges on line (Colegio Oficial de Médicos de Barcelona) y ha sido posible gracias a la colaboración de Esteve y GSK.

## Bibliografía

1. Marina I, Molina MC. Educación para la Salud. Recursos para educadores. <http://www.xtec.es/~imarias/>. Acceso abril 2004.
2. Poland GA, Jacobson RM. Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine* 2001; 19: 2440-2445.
3. Eysenbach G. Consumer Health Informatics. *BMJ* 2000; 320: 1713-1716.
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III-ISCIII. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Dic 2002.
5. Gagliardi A, Jadad AR. Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: chronicle of a voyage with unclear destination. *BMJ* 2002; 324: 569-573.

6. Todosvacunados.com. <http://www.todosvacunados.com>.
7. Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS. Content and Design Attributes of antivaccination Web Sites. *JAMA* 2002; 287: 3245-3248.
8. CDC en español: inmunización. <http://www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/nenes.htm>. Acceso abril 2004.
9. Comisión de las comunidades europeas. Europa 2002: criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud. [http://europa.eu.int/information\\_society/europe/ehealth/doc/communication\\_ac\\_te\\_es\\_fin.pdf](http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/doc/communication_ac_te_es_fin.pdf). Acceso abril 2004.
10. Asociación Española de Vacunología. [www.aev.es](http://www.aev.es). Acceso abril 2004.
11. Vacunación libre. [www.vacunacionlibre.org](http://www.vacunacionlibre.org). Acceso abril 2004.
12. Deyo RA. A key medical decision maker: the patient. *BMJ* 2001; 323: 466-467.
13. Mayer MA. Acreditar webs de contenido sanitario, ¿necesidad imposible? *Med Clin* 2001; 116: 496-497.
14. Web Médica Acreditada WMA [http://wma.comb.es/home\\_esp.htm](http://wma.comb.es/home_esp.htm). Acceso abril 2004.
15. HON Código de Conducta (HON-code) para sitios Web de Salud y Medicina. [http://www.hon.ch/HON\\_code/Spanish/](http://www.hon.ch/HON_code/Spanish/). Acceso abril 2004.
16. Proyecto Web Médica de Calidad. Código ético pWMC. <http://www.pwmc.org/codigopwmc.htm>. Acceso abril 2004.
17. Carnicero J (Coordinador). Luces y sombras de la información de salud en Internet. Informe SEIS (4). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2002. <http://www.seis.es>. Acceso abril 2004.
18. Área de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la información. Instituto Carlos III. El Marco de Desarrollo de la e-Salud en España. Doc. ISCIII/AYTISY/2001 0213.
19. Corrales Díez C. El web como herramienta de comunicación. <http://iteso.mx/~carlosc/pagina/cursouahi/construir.htm>. Accesible abril 2004.
20. Test de Accesibilidad de Webs. T.A.W. Disponible en: <http://www.tawdis.net/taw.htm#taw>. Acceso febrero 2004.
21. Álvarez de la Gala M. Valores racionales y emocionales en la comunicación interactiva: oportunidades de marketing. I Congreso de Publicidad Interactiva Málaga 2004.
22. Eysenbach G. What is e-health? [editorial]. *Journal of Medical Internet Research* 2001; 3(2): e20. <URL: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>> Acceso abril 2004.
23. Jadad AR. Promoting partnerships: challenges for the internet age *BMJ* 1999; 319: 761-764.
24. Koralage N. Websites fail to meet needs of disabled people. *BMJ* 2004; 328: 976.

# **La coordinación de niveles y la prescripción de medicamentos: reflexiones y algunas soluciones posibles**

Morell Balandrón L

Coordinador de Planificación e Innovación Tecnológica. Dirección General de Informática, Comunicaciones e Innovación  
luis.morell@salud.madrid.org

## **Resumen**

El procedimiento de derivación de pacientes entre los médicos de atención primaria y los de atención especializada puede producir problemas de intercambio de información y de reconocimiento de sus respectivos roles en el cuidado de los pacientes, problemas que se trasladan al uso racional del medicamento. La mayor parte de los estudios de este fenómeno se mantienen dentro de la estimación de la proporción de gasto inducido. Existen experiencias y herramientas que permiten mejorar la información disponible en cada uno de los dos niveles y la adecuación a las mejores prácticas. Estas medidas asociadas a aspectos organizativos pueden mejorar el proceso de prescripción. En este artículo se describen algunas de estas medidas.

*Palabras clave:* Derivación de pacientes, Coordinación de niveles, Prescripción de medicamentos, Uso racional del medicamento.

## **Coordination of health care levels and medicine prescription: reflections and some possible solutions**

### **Abstract**

Procedure of patients derivation between Primary Health Care and Specialized Attention doctors can produce exchange of information and recognition of its respective roles in patients care problems, that transferred to medicine rational use. Most of this phenomenon studies stay within relationship estimation of induced expense. Information available in each of both levels and to reach the best practices should be improve by some experiences and tools. These measures associated to organizational aspects can improve drug prescription process.

In this article some of them are described.

*Key words:* Patient's referral, Coordination of levels, Drug prescription, Rational use of medicines.



Willians y Col<sup>1</sup> describieron una coordinación lamentable entre médicos generales y especialistas. La actitud de unos y otros ha sido criticada de forma reiterada por la parte contraria. Los médicos generales no dan información de los pacientes que derivan y los especialistas no devuelven información de los pacientes que atienden. Este estudio describe, hace más de cuarenta años, una situación que se sigue manteniendo en los sistemas sanitarios. Es una circunstancia que refleja la separación de los niveles asistenciales pero que es necesaria y posible solucionar para generar mayor salud en nuestra población.

La descoordinación asistencial provoca unos altos costes<sup>2</sup> –no medidos sólo en términos económicos–, generados por tres aspectos fundamentales:

1.- Mala comunicación interprofesional que conlleva una dificultad en la toma de decisiones clínicas de los profesionales de ambos niveles. La ausencia o no seguimiento de unos adecuados circuitos de intercambio de información (parte de inter-consulta, informe al alta con información clínica...) y las actitudes que deben soportar estos procesos de intercambio hacen que se dupliquen actividades y se demoren decisiones clínicas repitiendo consultas innecesarias con la consiguiente insatisfacción del usuario, despilfarro económico e incluso riesgo de mala práctica profesional e iatrogenia.

2.- Discrepancia de criterios asistenciales que provoca el no reconocimiento de las actividades realizadas por el otro profesional, la no aceptación de las limitaciones y responsabilidades propias de cada especialidad; llegando hasta el enfrentamiento personal y la desacreditación entre unos y otros. El paciente se ve envuelto en el conflicto sin saber a quién otorgar su confianza, debatiéndose entre decidirse

por los consejos que le ofrece el especialista en Medicina de Familia, generados desde la continuidad de los cuidados y de su mayor conocimiento personal, o, por el contrario, aceptar las recomendaciones del especialista, generadas del mayor grado de conocimientos y el acceso a otras tecnologías más sofisticadas. En muchas ocasiones se decide por hacer una mezcla de las dos recomendaciones (hace lo que le apetece) o solicita una tercera opinión (servicios de urgencia hospitalaria, cambio de médico de familia, consultas privadas, etc.), soluciones igualmente ineficaces.

3.- Mala calidad percibida por el usuario, debida a los múltiples trámites e información ofrecida desde los distintos niveles que genera una imagen de desorganización y, a veces, de discontinuidad.

Estos tres tipos de problemas no son independientes y pueden presentarse combinados entre sí en distinta forma y proporción. Imaginemos la idea que puede tener un paciente del servicio que recibe cuando en una inter-consulta entre los dos niveles aparecen problemas de intercambio de información, de discrepancia entre las recomendaciones profesionales y de dificultad en el acceso a las consultas.

Hay algunos estudios que han intentado dimensionar algunos de los aspectos de la difícil coordinación. Resulta alarmante la falta de continuidad: los médicos generales pierden el contacto con un 20 % de los pacientes derivados<sup>3</sup> y alrededor de la mitad de los pacientes enviados<sup>4</sup> que son devueltos por los especialistas no aportan informe clínico de la actuación realizada.

La actividad de consultas en atención primaria en la Comunidad de Madrid durante el pasado año 2003 ascendió a

31.569.160, con una frecuentación de vistas al año de 5,79 por cada habitante, mientras que la actividad de consultas externas fue de 8.957.326 y con una frecuentación de 1,64 cons./año/habitante a los distintos especialistas (razón de 3,5 consultas a AP por cada una de AE), lo que nos puede aportar una idea del potencial que pueden aportar cada uno de estos ámbitos asistenciales con unos buenos mecanismos de coordinación y potenciación de cada uno de sus roles.

El gasto sanitario de nuestro país, asociado al gasto farmacéutico a través de receta en el 2003, ha sido de 8.941.419.387 euros (con un 12,15 % de incremento con respecto al año 2000); en la Comunidad de Madrid de 907.419.106 euros (con un incremento del 13,26 %). Probablemente parte del incremento de este gasto se debe a factores organizativos muy relacionados con los problemas de coordinación entre niveles asistenciales.

Dentro del campo de la prescripción de medicamentos y la relación entre niveles se han realizado múltiples esfuerzos de los profesionales de AP para evaluar la *Prescripción Inducida* (PI) y delimitar la jurisdicción de quién hace qué, asignando a cada uno de los niveles su responsabilidad e intentando aclarar el papel que juega la AE, tanto por el gasto en farmacia que genera y que se le imputa a la AP, como por la calidad de las prescripciones iniciadas en ese nivel asistencial.

Durante los últimos diez años se han publicado bastantes artículos en nuestro país asociados con este tema. La definición de la variable dependiente PI no es homogénea entre los autores. Algunos contemplan como tal sólo la primera receta extendida en el período de estudio y hablan de PI "incidente", que, si bien detecta el

problema, no nos permite conocer su verdadera magnitud, por lo que parece más adecuado el estudio del total de recetas realizadas, que ha sido identificado como PI "prevalente", que incluiría no sólo el volumen de primeras recetas inducido, sino la prescripción total. Ha habido un trabajo de especial interés sobre este aspecto elaborado por Fidalgo et al<sup>5</sup> que señala exclusivamente como *prescripción inducida la derivada de un problema que se controla y revisa de modo habitual desde la AE*, siendo la actuación del médico de AP tan sólo burocrática.

Aunque la ausencia de una metodología común en el diseño de los trabajos publicados impide extraer conclusiones generales, en todos ellos el médico de AP realiza un porcentaje considerable de recetas indicadas desde AE (probablemente no inferior al 25 % del total de recetas y al 40 % del gasto que se le imputa).

La mayor parte de los estudios publicados se centra en cuantificar la presión que se ejerce sobre el médico de AP desde AE, identificando la sobrecarga de tareas burocráticas y la merma de tiempo para otras tareas clínicas más acordes a las responsabilidades y formación del MF, en un intento de asignar la responsabilidad del gasto a "otros", siendo menos numerosos los estudios cualitativos sobre cómo influye la prescripción<sup>6</sup>, y muy pocos reflejan la necesidad de buscar causas y soluciones entre los niveles que permitan desarrollar otros procedimientos que fomenten la prescripción racional del medicamento.

Sin embargo, cuando se analizan las variables que influyen en la práctica asistencial de los distintos médicos y se intenta cuantificar la influencia de la prescripción de las variables poblacionales y su estado de salud así

como otras variables del entorno, la mayor parte de la varianza se explica por las variables demográficas<sup>7,8</sup>, otras por la práctica o perfil propio del facultativo y sólo de manera residual por la inducción desde la actividad de atención especializada, aunque es muy difícil diferenciar la influencia desde la prescripción propia del especialista de la generación de hábitos de prescripción en la propia actividad primaria de MF, desde la creación de lo que Sacket define como efectividad inductiva.

Para abordar el problema no se debería fijar tanto en la cantidad de gasto o el volumen de la prescripción inducida, ya que, al fin y al cabo, es una consecuencia y un hecho ya pasado, para centrarse en su origen o en el problema en su raíz. Algunas de estas consecuencias podrían resolverse por otros procedimientos de asignación presupuestaria o de gestión automatizada de la prescripción, pero insistimos en el deber de centrarse en otros elementos que generen en ambos niveles asistenciales la Prescripción Racional del Medicamento, tal como la definió Graham Dukes, coordinador de la Oficina Regional Europea de la OMS: "el uso racional de los medicamentos es un ideal que descansa en la prescripción racional, y la prescripción racional se alcanza cuando un médico bien informado, utilizando su mejor criterio, le pauta a su paciente en la forma adecuada y por el período de tiempo adecuado un medicamento bien seleccionado". Afirmación que es completamente congruente con los valores de nuestro sistema sanitario y sociedad.

Probablemente para alcanzar esta prescripción racional, sin ser exhaustivo, se podría abordar desde:

- El mejor conocimiento de la enfermedad de cada paciente.

- Práctica clínica asociada a la mejor evidencia disponible.

Facilitar el mejor conocimiento de la enfermedad requiere añadir a las medidas asociadas a la actualización de conocimientos y a una formación postgraduada eficaz, soluciones que aportan conocimientos genéricos a los profesionales en la atención a sus pacientes; una manera estable de intercambio de información sobre el proceso específico de un determinado paciente –qué se sabe de su enfermedad, qué atención ha recibido, qué pruebas se han realizado o qué tratamientos está siguiendo–.

En este aspecto, existen bastantes esperanzas en la posibilidad de intercambiar por medio de herramientas tecnológicas los datos relevantes de un proceso determinado entre aquellos profesionales que deben tomar decisiones compartidas en el cuidado de una persona. La informatización de las historias clínicas y la posibilidad de integrar la información importante en un lugar accesible a todos aquellos que la necesitan (historia electrónica del ciudadano), garantizando las condiciones de seguridad y confidencialidad, es en estos momentos una realidad en nuestro sistema sanitario, que lógicamente va a sufrir una gran expansión en poco tiempo.

Sin embargo, mejorar sólo el conocimiento de los profesionales es condición necesaria pero no suficiente, y hay que dar un paso más de asociación de la práctica asistencial a las mejores prácticas.

Con respecto a la vinculación de la actividad a la mejor evidencia, parece adecuado crear guías clínicas para trasladar el conocimiento a la actividad cotidiana. Es una de las recomendaciones habituales en los procedimientos de mejora de la prestación y

gestión asistencial, y que también la OMS recoge entre sus doce intervenciones nucleares para fomentar el uso racional del medicamento<sup>9</sup>.

Las guías clínicas ayudan en el URM a desarrollar un camino participativo involucrando a los usuarios finales, facilitando un *benchmark* de diagnóstico y tratamiento adecuados con los que poder comparar los procedimientos habituales de tratamiento. Sin embargo, de forma aparente parece que existen muchas guías pero que se utilizan poco.

Para que la elaboración de la guía no sea un documento sin mayor utilidad que la de su publicación y archivo posterior, algunos autores definen un procedimiento que han desarrollado con éxito<sup>10</sup> en distintos grupos del NHS, basado en los procedimientos de modificación de conducta, como la Teoría de Conducta Planificada (*Theory of Planned Behavior*), procedimiento que consta de seis pasos:

- Elección de la enfermedad, teniendo en cuenta la influencia en el tratamiento de los especialistas, la dificultad de diagnóstico para ser abordada desde AP o la prevalencia de la enfermedad que puede precisar recordatorios computerizados para el seguimiento de enfermedades raras en la práctica asistencial del MF.
- Identificar las características de las guías (fuente y contenido creíble, mensaje consistente, presentación simple...).
- Identificar quiénes influyen en las conductas de prescripción (MF, especialistas, enfermeras y otros miembros de la práctica asistencial, industria, administración...).
- Identificar factores relevantes de la organización haciendo especial hincapié en la sobrecarga de trabajo actual y la necesaria para el

#### **Box 4 Twelve core interventions to promote more rational use of medicines**

1. A mandated multi-disciplinary national body to coordinate medicine use policies
2. Clinical guidelines
3. Essential medicines list based on treatments of choice
4. Drugs, and therapeutics committees in districts and hospitals
5. Problem-based pharmacotherapy training in undergraduate curricula
6. Continuing in-service medical education as a licensure requirement
7. Supervision, audit and feedback
8. Independent information on medicines
9. Public education about medicines
10. Avoidance of perverse financial incentives
11. Appropriate and enforced regulation
12. Sufficient government expenditure to ensure availability of medicines and staff

WHO. Policy Perspectives on Medicines – Promoting rational use of medicines core components

correcto seguimiento de la guía y el acceso a pruebas diagnósticas.

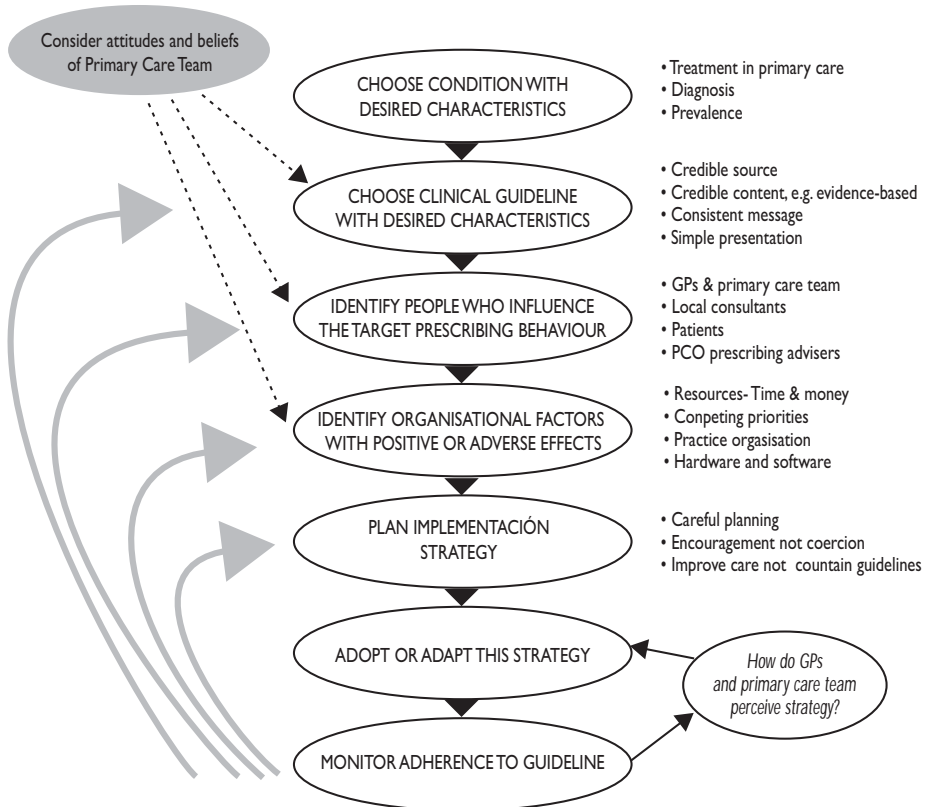
- Planificar y adoptar la estrategia a desarrollar: beneficios, mejoras en la salud de los pacientes...
- Motivar la adherencia a la guía valorando la necesidad de uso de incentivos y la no percepción de coerción.
- Trabajar las actitudes del médico.

Probablemente la consecución de un método similar y la persistencia en la tarea permitan ir avanzando en la mejora de la coordinación de los niveles asistenciales y en el uso racional del medicamento. No olvidemos que

existe bastante experiencia en nuestro país en actividades de URM y que las actividades de mejora de calidad de la prescripción suelen ser las más habituales dentro de los programas de mejora de la calidad implantados en los hospitales<sup>11</sup>.

Si a estos esfuerzos se le incorporan algunas medidas organizativas que generen una política común del medicamento y que puedan generar estímulos en la coordinación, es posible que se avance rápidamente en el proceso.

Como ejemplo de algunos de estos aspectos organizativos podemos citar la existencia de objetivos comunes en los dos niveles, la constitución de comisiones fármaco-terapéuticas de



Área, o la elaboración de indicadores de evaluación y sistemas de información iguales.

Me gustaría resaltar el sistema de información desarrollado en la Comunidad de Madrid –farm@madrid–; un sistema de información que, elaborado centralizadamente, permite un uso distribuido y descentralizado de la información que da soporte a la política de calidad de la prescripción. Tecnológicamente está basado en un *Data-Warehouse* y, promovido desde el profundo conocimiento de los profesionales de la prescripción, camina hacia el gobierno de la prescripción, no sólo desde la perspectiva del gasto, sino desde conceptos sanitarios.

Por último, es posible que se tenga que considerar algún aspecto asociado a la compra de servicios entre AP y AE, ya que no debemos ignorar que en el futuro se requerirá que los cuidados primarios tomen un mayor papel en la gestión de los recursos y en la función de compra de servicios de otros proveedores tal como está pasando en otros sistemas sanitarios<sup>12</sup>.

Como conclusión, hemos podido comprobar que para dar respuesta a los problemas de coordinación surgidos por la falta de información y de actitud de responsabilidad compartida para el cuidado de la población, es necesario trabajar en los tres campos: las personas, los procesos y las tecnologías, y que existen soluciones reales a la incomunicación.

### Bibliografía consultada

- Buitrago et al. Relación entre niveles asistenciales. *Aten Prima* 1996; 17(4): editorial.
- Buitrago et al. Relación entre niveles asistenciales. 1995; Documento SemFYC n.º 5.

- Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin* 1996; 106: 463-468.
- Ham CH. Population-Centred and Patient-Focused Purchasing: The UK Experience. *The Milkbank Quarterly* 1996; 74(2): 191-214.
- Instituto Nacional de la Salud. El plan estratégico. 1998. Publicación del Insalud n.º 1696.
- Kennedy F, McConnell B. General practitioner referral patterns. *J P Health Med*; 1993, 15(1): 83-87.
- Martínez JL, López LA, March JC. Coordinación entre niveles: la conveniencia de los principios. *Aten Prima* 1994; 14(5):779-782.
- Mimbela MM, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Prima* 1993; 12(2): 65-70.
- Nuñez A. El plan estratégico del Insalud. *R Adm San* 1998; II (6): 239-45.
- Ortún V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. La Llar de Llibre. Barcelona 1992.
- Repullo JR. Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico. *R Adm San* 1998; 11(6): 55-79.
- Rosser W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Phy* 1996; 42(2): 139-144.
- Sox H. Decision-making: a comparison of referral practice and Pri-

mary Care. *J Fam Phy* 1996; 42(2): 155-160.

### Citas bibliográficas

1. Willians TF, White KL, Andrews LP, Diamond E, Greenberg BG, Hamric AA et al. Patient referral to a university clinic: patterns in a rural state. *Am J Public Health* 1960; 50: 1.493-1.507.
2. Morell L. La facturación como estrategia de gestión coordinada entre Atención Primaria y Asistencia Especializada. Libro de Comunicaciones de las V Jornadas del Área 11. Madrid, octubre de 1998.
3. García Olmos L, Gervás J, Otero A, Pérez Fernández M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev Esp Salud Pública* 1994; 68 (2): 267-277.
4. Gastón Morata JL, Rodríguez-Contreras Pelayo R, Bueno Cavanillas A, Aguado Mingorance J, López Gigoso R y Delgado Rodríguez M. Integración entre niveles asistenciales: propuesta de un indicador. *Rev Esp Salud Pública* 1991; 65 (5): 429-436.
5. Fidalgo García ML, Pujol Bengoechea P, Capataz Gallego M, López Rodríguez C, González Martínez Y, López Bilbao C. Análisis de la prescripción inducida por AE en el médico de AP. *MEDIFAM* 1997; 2: 94-102.
6. Ayala S, Barquinero C, García Fernández ML, García Lázaro I, García Losa JL, Montón JL, Nogales P, Talavera M. Grupo de trabajo sobre determinantes de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Dirección Territorial de Insalud. Madrid 2000.
7. Martyn LS, Williams H, Higgs G. Morbidity, deprivation and drug prescribing: factors affecting variations in prescribing between doctors' practices. A Received 2 January 2002; revised 25 September 2002; accepted 20 October 2002; Available online 20 January 2003.
8. Davis PB, Yee RL, Millar J. Accounting for medical variation: The case of prescribing activity in a New Zealand general practice sample, *Social Science & Medicine*, Volume 39, Issue 3, August 1994, Pages 367-374.
9. Essential Drugs and Medicines Policy Health Technology and Pharmaceuticals Cluster. WHO Policy Perspectives on Medicines. Promoting rational use of medicines: core components. World Health Organization 2002. Geneva, Switzerland.
10. Rashidian A, Russell I. Towards better prescribing: a model for implementing clinical guidelines in primary care organisations in the NHS. *Clinical Governance: An International Journal*, 2003; 8(1): 26-32
11. Simón J, Ruiz Ferrándiz U. Actividades de garantía de calidad en 62 hospitales del Sistema Nacional de Salud en España. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69 (3 y 4): 341-348.
12. Dixon J, Holland P, Mays N. Primary care: core values developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care. *BMJ* 1998 Jul 317:125-128.

## Historia clínica electrónica

López Arbeloa P  
B&F Gestión y Salud



De izquierda a derecha y girando según las agujas del reloj Dra. Evelia Lemes Castellano, Dr. Negrín, D. Jesús Prieto Vara, D. Marcos Estupiñán, D. Alfredo Suárez, D. Raúl Rodríguez Rivera, Salvador Pallejá Sedó, D. Javier Uriarte, D. Pablo López Arbeloa.

### Participantes:

**Evelia Lemes Castellano.** Directora Gerente del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

**Salvador Pallejá Sedó.** Director Asistencial del Hospital Son Llátzer. Islas Baleares.

**Javier Uriarte Martínez.** Director Sector Público y Sanidad. Hewlett-Packard Española S.L.

**Jesús Prieto Vara.** Director de Área Canarias. Siemens.

**Raúl Rodríguez Rivera.** Director de Informática. Servicios Sanitarios de La Palma  
**Marcos Estupiñán Ramírez.** Sistemas de Información en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud.

**Alfredo Suárez.** Coordinación de Informatización. Servicio Canario de Salud.

Coordinador: **Pablo López Arbeloa.** B&F Gestión y salud.



## Preguntas

Previas al Punto de encuentro, fueron planteadas cinco preguntas a los participantes:

1. ¿Cuáles son las principales aportaciones de la HC electrónica? ¿Qué ventajas reporta a los profesionales, a los pacientes y, en su conjunto, a la organización sanitaria?
2. ¿La HC electrónica facilita la comunicación entre los profesionales de atención primaria y especializada y, de alguna forma, favorece la integración de los servicios de salud y la continuidad asistencial?
3. ¿Qué problemas relacionados con la confidencialidad de los pacientes plantea la HC electrónica y cómo pueden ser solucionados?
4. ¿La HC electrónica es más o menos laboriosa que la HC tradicional? En el caso de que la conclusión sea que es menos laboriosa, ¿en qué porcentaje del tiempo de trabajo de un profesional puede ser éste "liberado" de tareas administrativas por su implantación? En el caso de que la conclusión sea que es más laboriosa, ¿qué tiempo adicional tendría que emplear un profesional por su implantación?
5. ¿Qué dificultades operativas se producirán con la implantación de la HC electrónica? ¿Cómo conseguiremos implicar a los profesionales? ¿Qué haremos con las personas que no sepan manejar un ordenador?

El objeto del punto de encuentro se centra en debatir el impacto de la incorporación de la e-HC en las organizaciones sanitarias. Para ello se cuenta con la opinión de las dos experiencias

que en estos momentos están implantadas en dos áreas sanitarias y que, además, han sido desarrolladas por dos proveedores diferentes. Nos referimos a la experiencia del Hospital Son Llàtzer, que colabora con Hewlett-Packard, y a la de la Isla de La Palma, que ha desarrollado su proyecto con Siemens.

El Hospital Son Llàtzer atiende a una población de 240.000 habitantes y dispone de 310 camas de hospitalización. Realiza 15.000 ingresos anuales, 185.000 consultas, 1.800 partos, más de 9.000 intervenciones quirúrgicas y más de 100.000 urgencias. Su modelo de gestión corresponde a una fundación que contrata sus servicios con el *ib-salut*, Servicio de Salud de las Islas Baleares. Por su parte, la comarca sanitaria de la isla de La Palma ofrece asistencia primaria y especializada a 90.000 personas, gestiona 15 centros de atención primaria y su hospital dispone de un total de 170 camas operativas. Su actividad asistencia anual se resume en 5.600 ingresos (lo que produjo alrededor de 50.000 estancias), 27.000 urgencias y 95.000 consultas. Su modelo de gestión se estructura sobre la base de una gerencia única que gestiona la provisión de servicios sanitarios, tanto en el nivel primario como en el especializado.

### 1.- Aportaciones de la Historia Clínica Electrónica

Antes de entrar en este punto de debate se realiza un análisis sobre el camino recorrido hasta la implantación de la e-HC. Estas aplicaciones tienen su origen en el desarrollo de los módulos de gestión de pacientes que permitían, a partir de un registro unificado de pacientes, gestionar ingresos, consultas, urgencias, listas de espera y programación quirúrgica. Posteriormente, sobre esta plataforma se

empezaron a integrar informes clínicos procedentes de los servicios centrales, fundamentalmente laboratorios, radiología y pruebas funcionales, además de los informes clínicos de hospitalización y de consultas. Todos estos *input* generaron un importante repositorio de información por paciente, lo que ha constituido el punto de arranque de la e-HC.

Simultáneamente se empieza a integrar en la e-HC el tratamiento de imágenes, empezando por la imagen radiológica. Este enorme logro en el ámbito de la asistencia sanitaria es la punta de lanza de la integración de la imagen con la información clínica en formato texto, y ha supuesto una gran innovación en el proceso del diagnóstico radiológico. La mejora en las prestaciones de la tecnología de los PAC y RIS radiológicos, asociada a su progresivo abaratamiento, ha incrementado la accesibilidad a estas herramientas. Esta vinculación de imagen y texto en

la actualidad se ha ampliado a otras imágenes, como las endoscópicas.

Una vez disponible el repositorio de información clínica y de la imagen radiológica, surge la e-HC, que en su concepción más amplia no sólo almacena y registra información clínica, sino que además es emisora de órdenes clínicas y receptora de informes de resultados en lo que se ha venido a denominar "Estación Clínica".

Las principales aportaciones de la e-HC identificadas por los ponentes a lo largo de sus brillantes exposiciones se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Disponibilidad de una HC única, integrada y acumulativa de los contactos del ciudadano con el sistema sanitario público.
- Mejora de la legibilidad de la HC al estar en soporte mecanizado,



De izquierda a derecha D. Marcos Estupiñán Ramírez, D. Alfredo Suárez, D. Raúl Rodríguez Rivera. En primer plano y de espaldas D. Pablo López Arbeloa.

- evitándose los graves problemas de interpretación de la información manuscrita.
- Facilita la ordenación y clasificación de la información clínica y una estratificación de acuerdo con su relevancia. Utilizando términos habituales, permite "separar el grano de la paja" en la información clínica, permitiendo al usuario un acceso rápido y directo a la información que en ese momento necesita.
  - Promueve la continuidad de cuidados al transmitir en tiempo real la información que precisan los diferentes profesionales sanitarios en los dos niveles del sistema (primaria y especializada) y entre los diferentes servicios y unidades que atienden al enfermo.
  - Facilita la evaluación de la calidad asistencial al permitir un mejor acceso (en tiempo y forma) a indicadores de resultados asistenciales, y permite el acceso a nuevos indicadores que en la actualidad no pueden ser calculados por precisar de una revisión de la HC para su elaboración. De la misma forma, proporciona la posibilidad de evaluación y seguimiento de los protocolos clínicos.
  - Al asociarse la e-HC a sistemas de ayuda a la toma de decisiones, disminuyen los errores en la emisión de órdenes clínicas. Entre estas asociaciones, la más importante es la vinculación de la emisión de órdenes y la prescripción farmacéutica con las guías de práctica clínica.
  - Permite el acceso a imágenes radiológicas y a otras imágenes, superando la situación actual de un acceso restringido y dificultoso limitado al ámbito de la institución que realiza el estudio.
  - Mejora la seguridad del almacenamiento y custodia de la información clínica, tanto por la garantía de custodia como por la imposibilidad de manipular información registrada.
  - Seguimiento de protocolos. Asistentes que informan de cada paso según las novedades del caso clínico. En desarrollo, pero parece que alcanzable.
  - Ayuda a los clínicos en su trabajo cotidiano al facilitar el acceso a la información y al simplificar las tareas repetitivas.
- En resumen, la e-HC es un instrumento de gran ayuda en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias y en la mejora de la calidad asistencial.

## 2.- La e-HC como facilitadora de comunicación primaria-especializada

A lo largo de este debate surgen diversos comentarios sobre el impacto de la e-HC en la mejora de la comunicación, coordinación y cooperación entre los niveles primarios y secundarios.

En primer lugar, comentar que no se han realizado estudios contrastados para reconocer y cuantificar estos beneficios, por lo que todas estas conclusiones se basan en percepciones.

Sin embargo, los ponentes no tienen la menor duda de estos beneficios. El hecho de que la información se comparte y se intercambie entre los dos niveles ya mejora la coordinación. El objetivo final de la e-HC es la creación de una HC única para todo el sistema sanitario que incorpore la información de los dos niveles y de todos los profesionales que coparticipan y cooperan en la asistencia al paciente.

Sin embargo, se afirma que compartir la información es necesario, pero no suficiente, en el avance hacia la integración de los servicios sanitarios, principal asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y uno de los retos organizativos y de gestión más relevantes de los SNS de toda Europa. La disposición de medios que faciliten la comunicación no crea por sí sola la comunicación. Las organizaciones tienen que complementar esta integración de la información con otras iniciativas que promuevan el diálogo y la cooperación. Las organizaciones sanitarias que tienen mejor receptividad a la integración de sus sistemas son las que ya tenían puentes entre los departamentos y entre atención primaria y especializada.

Estas herramientas permiten almacenar datos, pero convertir estos datos en conocimientos es un reto de largo recorrido.

Despierta una valoración unánime de los ponentes la afirmación de que el paciente es el primero que obtiene beneficios y resultados con la implantación de la e-HC por la simplificación de los trámites administrativos y por la rapidez con que se ejecutan.

### 3.- Confidencialidad de la e-HC

Han existido numerosas opiniones que han puesto en duda el desarrollo de la e-HC por el riesgo que representa en la preservación de la confidencialidad. Sin embargo, los ponentes no comparten esta opinión.

En primer lugar, es necesario comentar que la e-HC ha supuesto un avance en la integridad de la HC al evitarse totalmente los riesgos de manipulación de la información que es muy probable que se hayan producido en la HC convencional.



*De izquierda a derecha y girando en el sentido de las agujas del reloj, empezando por D. Alfredo Suárez, D. Raúl Rodríguez Rivera, D. Salvador Pallejá Sedó, D. Javier Uriarte, D. Pablo López Arbeloa, Dra. Evelia Lemes Castellano, D. Jesús Prieto Vara, D. Marcos Estupiñán Ramírez. Al fondo, observamos a la Dra. María del Carmen Guindeo Cassaus y al Dr. Diego Falcón Vizcaino.*

La preservación de la confidencialidad se realiza a través de la elaboración de criterios de acceso a la información gestionada por el propio sistema informático utilizando las claves que son asignadas a los diferentes usuarios. Además, todo profesional que accede a una información clínica deja "rastros" a través de la creación de un registro de accesos a la e-HC de cada paciente.

A pesar de los potenciales riesgos que supone el disponer de esta información tan confidencial en soporte electrónico, todos los ponentes asumen que "merece la pena" asumir ese riesgo, y que la estrategia no es restringir sino registrar con precisión los accesos a la e-HC.

La Historia Clínica Electrónica presenta soluciones a problemas de confidencialidad relacionados con la Historia Clínica en papel, como son:

- La seguridad de los archivos físicos, cuyo acceso es a menudo difícil de controlar (centros de salud, periféricos) y la inseguridad ante incendios y demás circunstancias relacionadas con el papel.
- La imposibilidad de garantizar la autenticidad, la fecha y la hora exactas, así como la posible desaparición y modificación de documentos en muchos de los casos.
- La carencia detallada de los registros de accesos. En un archivo tradicional se anota la persona a la que se presta la historia, pero, en el caso de una hospitalización, la historia es consultada por personas de las que no queda rastro. Además, se puede concretar el acceso indicando a qué elementos se ha accedido.

Pero, por otra parte, presenta nuevos retos y dificultades:

- La accesibilidad debe ser gestionada con cautela; muchas veces, en aras de favorecerla y de responder ágilmente a la realidad clínica, se puede caer en la tentación de abrir los accesos en casos que, siendo adecuados para un proceso, no lo son para otro. La Ley 41-11/2002 antes mencionada indica que sólo los profesionales que participan en el proceso sanitario pueden acceder a la historia clínica del paciente, algo bastante sencillo en el ámbito de la atención primaria (cupos de pacientes), pero que en el ámbito de especializada es más dinámico y requiere de una participación activa entre los servicios de documentación clínica y el resto de profesionales sanitarios.
- La facilidad con la que se reproduce la información debe ser contrapuesta con la formación al personal acerca de las cuestiones relativas a la seguridad y el derecho a la intimidad que asiste a todas las personas.

#### 4.- Dificultades en la implantación de la e-HC

La implantación de la e-HC no es una tarea fácil. En primer lugar, porque, en contra de la opinión de algunos profesionales que se han acostumbrado a que lo que se informatiza ahorra tiempo, no es menos laboriosa que la HC tradicional. Los ponentes participan de la opinión de que, una vez superado el período de adiestramiento, la e-HC no ahorra tiempo en comparación con la HC tradicional. Sin embargo, una encuesta realizada en el Hospital Son Llàtzer demuestra que el 90 % de los médicos se declaran satisfechos con la e-HC y no desean volver a la HC tradicional. Eso es significativo de que, a pesar de ser una herramienta

que no ahorra tiempo, les aporta una información más estructurada, más legible y más rápida.

El debate se centra en la oportunidad que brinda la e-HC de aprovechar su desarrollo para implantar cambios en los estilos asistenciales. Concretamente se menciona que la reproducción exacta de la HC tradicional al formato electrónico es desaprovechar una oportunidad de explotar las posibilidades que dan las nuevas tecnologías de la información. Sin embargo, la asociación de la implantación de la e-HC con el rediseño de los procesos asistenciales aporta un gran avance en la organización operativa y funcional de las organizaciones.

Las recomendaciones de los ponentes en la implantación de la e-HC se resumen en los siguientes puntos:

- Implicación activa y directa del Equipo Directivo en el proyecto.

- Asignar recursos para la implantación de la e-HC.
- En la medida de lo posible, transferir a los profesionales el liderazgo en la implantación.
- Capacitar a las personas en el manejo de los programas.
- Implantar la mejora continua en los aplicativos, de tal forma que los usuarios perciban que sus sugerencias y mejoras son incorporadas al programa.
- Transmitir a la organización que el proyecto de e-HC es un proyecto clínico y no informático.

Estas recomendaciones las podríamos resumir en:

- Saber a dónde se quiere ir.
- Hacerlo con conocimiento.



# Aplicación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación a la sanidad

Álvarez Pasquín MJ  
Médico de Familia  
mjalvarez@todosvacunados.com



De izquierda a derecha A. Ruiz Téllez, C. Hernández Salvador, A. Payó Pardo, M.J. Pasquín, J. Carnicero y R. Sarrias.

## Participantes

**Dr. Javier Carnicero.** *Coordinador de informes de la SEIS. Navarra.*

**Dr. Carlos Hernández Salvador.** *Bioingeniería y Telemedicina. Clínica Puerta de Hierro.*

**Dr. Alfredo Payá Pardo.** *Responsable de Sistemas de Información. Gerencia Área 6 AP. Majadahonda. Imsalud. Madrid.*

**Dr. Ángel Ruiz Téllez.** *CYMAP S.L. País Vasco.*

**Dr. Ramón Sarrias Ramis.** *Director Área Asuntos Profesionales Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.*

Moderadora: **Dra. M.ª José Álvarez Pasquín.** *Médico de Familia. EAP Santa Hortensia Área 2 Imsalud. Madrid.*



## Introducción

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término *E-Health* o e-salud para describir el uso combinado de la comunicación electrónica y la tecnología de la información en el ámbito de la salud o el uso, en este sector, de datos transmitidos, almacenados y recuperados de forma electrónica para propósitos clínicos, educacionales o administrativos a nivel local o a distancia.

Sin embargo, esta definición parece que no es lo suficientemente amplia para abarcar el cambio que está suponiendo la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) al mundo de la sanidad. Por un lado, tendríamos los diversos niveles que especifican Kukafka y Hersh (Tabla 1), que permiten organizar los diferentes recursos y aplicaciones, y, por otro, la reflexión sobre la red de redes, que ha catalizado el cambio ya iniciado de la relación médico-paciente, así como la forma de entender el binomio salud-enfermedad en las últimas décadas. Como dice Eysenbach, el término e-salud no sólo caracteriza el desarrollo tecnológico, sino un estado mental, una forma de pensar, una actitud y un compromiso de trabajar en red con un pensamiento global para mejorar el cuidado de la salud.

Las nuevas TICs plantean simultáneamente las oportunidades que brindan nuevas dificultades y las limitaciones que afectan directamente a sus usuarios, entendiéndose por usuarios a los tres ámbitos implicados: gestores, profesionales sanitarios y pacientes. Así pues, en este debate vamos a tratar entre todos de deliberar sobre aspectos de las TICs que inciden directamente en la práctica diaria.

## Cuestiones que deben tratarse

1. Papel de las TICs en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes.
2. ¿Cómo se rentabiliza y demuestra la efectividad de la inversión de las TICs en sanidad?
3. Dilemas éticos y problemas legales por el uso de las TICs en sanidad: protección de datos, confidencialidad, equidad, nuevas formas de relación o interacción (consulta virtual, interacción de profesionales, segunda opinión, globalización de la atención).
4. La calidad de la información en Internet: ¿quién, cómo y cuándo debe regularla? ¿Cómo dar a cono-

Tabla 1. Niveles de la informática médica\*

Bioinformática	Procesos moleculares y celulares, secuenciación genómica y mapeo...
Informática de Imagen	Órganos y tejidos: sistemas de imagen a diversos niveles.
Informática Clínica	Relación de clínicos y pacientes: historia clínica, consulta virtual, registros...
Informática de Interrelación	
Profesional	Comunicación entre profesionales sanitarios, gestión del conocimiento, documentación, grupos de trabajo, educación, formación...
Informática de Salud Pública	Poblacional: informatización de registros, educación para la salud, interacción global.

\*Modificado de Kukafka y Hersh.

cer la existencia de unos mínimos?  
¿A quién?

5. La formación en salud y actualización de conocimientos ¿está limitada a los profesionales sanitarios? ¿Quién debe unificar los recursos disponibles y a quién y cuándo se le debe dar acceso?

### **Papel de las TICs en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes**

**Dr. Payá:** Antes de contestar se plantea la cuestión de la definición de calidad y desde qué punto de vista. ¿Debe valorarla el paciente, "centro del sistema sanitario"? Si partimos de esta definición, está comprobado que se mediatiza el comportamiento del médico hacia el paciente. O por el contrario: ¿es la calidad un ente abstracto, difícilmente medible, que no define el usuario?

**Dr. Carnicero:** Centrándonos en la Historia de Salud Electrónica (HSE), ésta tiene características que permiten intuir que la atención que recibirá el paciente será mejor o, por lo me-

nos, será más fácil que la atención sea de calidad. Permite que sea legible, asequible, accesible desde puntos diferentes, que la información se pueda integrar, evitar redundancias, la emisión de alertas, la inclusión de sistemas de ayuda de práctica clínica, la consulta de protocolos. Es decir, tiene una serie de características que permiten suponer que la calidad será mejor. Siguiendo el esquema clásico de estructura, proceso y resultados, estaríamos en las fases iniciales de la estructura. Actualmente existe hasta ahora poca evidencia de que la asistencia mejore, pero las TICs permiten la disposición para que esto ocurra.

**Dr. Sarrías:** Tras varios años de uso podemos afirmar que, en su conjunto, el uso de las TICs ha supuesto una mejora, aunque no existan estas evidencias, entendiendo por calidad una mayor atención, cercanía, rapidez y otros parámetros clásicos. Desde el punto de vista del paciente, la atención puede estar más encasillada, con pérdida de atención por parte del profesional, pero, a pesar de estos inconvenientes, parece que los avances han sido positivos. En general, se



A. Téllez



C. Hernández

intuye que la experiencia es provechosa.

**Dr. Ruiz Téllez:** La pregunta se responde sola. Si se aporta un instrumento positivista, probablemente su incorporación sea positiva. La pregunta es si lo hemos hecho y lo seguimos haciendo bien. Se ha enseñado la estructuración de la historia clínica, pero falta investigación y crítica al respecto porque no se permite. Las empresas informáticas están cautivas de las comunidades autónomas, sin que exista libre competencia, con desarrollo de infraestructura por entidades a las que, probablemente, no les corresponda. Existen múltiples proyectos en marcha que, a pesar de lo evidentemente positivo del uso de las TICs en sanidad, no se han puesto al servicio de los usuarios reales –profesionales y pacientes–, con un coste importante en las diferentes comunidades autónomas. El uso de las nuevas tecnologías es evidentemente positivo, pero el sometimiento a los diferentes intereses políticos, la falta de criterio a la hora de elegir los dife-

rentes productos, la indefinición del por qué y para qué y la ausencia de críticas por anulación de las mismas impiden las posibilidades de mejora.

**Dr. Sarrias:** En este contexto, deberíamos apostar por la madurez, pero la perversión del sistema retrasa e incluso impide este proceso. El cambio sin criterio de sistemas operativos, los cambios de programas –OMI a SIAP, Tair...– con las pérdidas de información correspondientes suponen un retraso en llegar al proceso y al resultado. Pero están pasando cosas; poco a poco, el hecho de estructurar la información mejora la atención al paciente.

**Dr. Ruiz Téllez:** Sin embargo, en informática, lo que, empieza mal, tiene difícil solución. Hay ideas básicas de concepto como la definición de los objetivos, el fin o para qué, y la ingeniería inicial de proceso. Ahora dominan conceptos como la “conectividad”, la “estandarización” y la “no dependencia”, y no se valoran otros aspectos en la gestión.



De izquierda a derecha J. Carnicero, R. Sarrias, A. Téllez, C. Hernández, A. Paya, MJ. Pasquín.



A. Téllez, A. Paya, MJ Pasquin, J. Carnicero, R. Sarrias.

**Dr. Hernández Salvador:** Volviendo a la crítica inicial sobre la definición de calidad, me gustaría decir que el sistema sanitario es lo suficientemente amplio y complejo, que los puntos de vista de los distintos usuarios son diferentes. Echo de menos la pregunta de satisfacción de cada nivel.

Pero difiero de la opinión sobre el concepto de HSE interoperable y con cuantos calificativos más se desee presentar, la cual demostraría claramente que mejora la calidad; esa historia no existe en la actualidad.

**Dr. Sarrias:** Pero estamos un poco más allá, teniendo en cuenta la actitud del médico y del paciente. El uso de las TICs, a pesar de todos los inconvenientes actuales, como la falta de conocimientos por parte de los profesionales (no conocimientos de taquigrafía, ausencia de manejos y formación adecuadas de los programas) y de los usuarios (cambio en la relación sanitario-paciente) ha mejorado la atención sanitaria. Ahora se

tienen datos de prescripción, aunque haya vivencias negativas como la burocratización de las consultas o de la administración de la medicación crónica.

**Dr. Hernández Salvador:** Siguiendo con el grado de satisfacción de los diferentes usuarios del sistema; frente a usuarios gestores que pueden sentirse razonablemente satisfechos en el sistema sanitario español, me permito dudar de que los médicos de hospital o atención primaria lo estén, porque el sistema no se ha diseñado y establecido pensando en ellos.

**Dr. Payá:** Efectivamente, ya tenemos experiencias de cambios con pérdidas importantes de datos con consecuencias no medidas, como el paso de SICAP a OMI. Eso no pasaba con el papel; son problemas que generan las nuevas tecnologías por la indecisión y la no adaptación a estándares. Pero, por supuesto, hay mejoras. Ahora es posible establecer los estudios de *case-mix*, porque hemos mejorado

la calidad de la información; ahora sabemos, por ejemplo, cuáles son los episodios más frecuentemente atendidos en consulta.

**Dr. Hernández Salvador.** La clave del desarrollo de la HSE reside en la existencia de un modelo de información de referencia que defina los conceptos relacionados con los datos que se quieren compartir y entender la necesidad de normalizar el envío de información entre sistemas.

**Dr. Ruiz Téllez:** Sí, es todavía una aspiración. Para su desarrollo definitivo habrá que resolver problemas de conceptualización de la atención clínica de codificación y normalización del registro de eventos sobre la cual hemos enseñado mucho, incluyendo la introducción de clasificaciones clásicas como la CIAP, el uso de episodios –concepto ya clásico y antiguo–, o la introducción de un nuevo modelo de *case-mix* en el que estamos trabajando, basado en nuestro propio modelo de atención no anglosajón como los utilizados hasta ahora.

**Dr. Hernández Salvador:** Sí, efectivamente, se han venido utilizando solu-

ciones sobre la base de modelos de organización que son ajenos a la atención primaria, por confundirla con la atención especializada ambulatoria, y modelos diferentes de atención en la informatización de hospitales y otros centros, como ocurrió con el Hospital de Guadalajara, con patrones basados en escenarios diferentes a la atención sanitaria en España.

### ¿Cómo se rentabiliza y demuestra la efectividad de la inversión de las TICs en sanidad?

**Dr. Carnicero:** Entramos en el enigma de la productividad. En general, la inversión en nuevas tecnologías no se acompaña de un aumento proporcional del rendimiento. Desafortunadamente, las TICs no se han incorporado a la cadena de valor. Se mecanizan los procesos existentes sin revisar sus posibilidades de mejora o cambio. Además de la falta de competitividad, que facilita los procesos de mejora, no se valora el coste/oportunidad.

**Dr. Ruiz Téllez:** Hay una gran insensatez en un problema que afecta tan



A. Paya, M.J. Pasquín.



*J. Carnicero, R. Sarrías.*

directamente a los ciudadanos y a los profesionales. Se gastan cantidades desorbitadas de dinero para cosas que no tienen ningún sentido, ya que en esos casos la aplicación de una determinada tecnología no mejora en nada las posibilidades clínicas. Debería buscarse una delimitación conjunta que signifique tener una historia clínica única o accesible; se están justificando con ello inversiones multimillonarias de cosas inútiles. Sólo el 2 % de la información que genera un centro de AP necesita salir del centro, porque el 98 % restante nace y muere allí. Por tanto, se está creando un coste de oportunidad negativo, porque sería suficiente con instalar informática simple en primaria y dedicar el resto de recursos a otras cosas, como ocurre en Europa. Si se puede, aunque cueste muchos de millones de euros, ¿por qué no centralizar en un banco de datos toda la información médica de los pacientes? Esta pregunta se responde afirmativamente por políticos, que se convencen fácilmente ante la grandiosidad del proyecto (de precio y mantenimiento casi insoportable).

No importa que la grandiosidad no responda a criterios de utilidad y necesidad, ni que arrase con la intimidad y confidencialidad y se destruya la relación entre médico y paciente. Incluso la centralización impedirá obtener los datos necesarios por el exceso de registros. No hay seso, se juega a equilibrios financieros.

**Dr. Carnicero:** Efectivamente, la rentabilidad es difícilmente demostrable. No se demuestra el retorno de la inversión.

**Dr. Hernández Salvador:** Os voy a exponer mi opinión, que llamo mi herejía particular. Los sistemas de información se acoplan a la corporación a la que pertenecen y sirven bien si la corporación está bien elegida. En España, la corporación elegida (la comunidad autónoma) es muy grande y éste es el error. La comunidad autónoma quizás puede ser una corporación desde el punto de vista de la gestión, pero en absoluto lo es desde el punto de vista clínico asistencial. Se quieren hacer sistemas de informa-

ción para una corporación inmanejable. Los responsables de cada comunidad autónoma deberían estudiar muy seriamente el bajar el nivel de la corporación, aunque no digo que se realice de un día para otro. Lo más parecido a una verdadera corporación en la estructura de nuestro sistema sanitario es el área de salud. Lo que sí debería exigir cada comunidad autónoma es qué información y cómo debería salir de cada área para tener el sistema global (la comunidad autónoma) los datos necesarios en condiciones de seguridad.

Esto posibilitaría el desarrollo de empresas que de verdad realizaran verdaderos sistemas de información. Éste es un nivel en el cual te puedes arriesgar a una inversión determinada y evaluar con una perspectiva a cinco años, por ejemplo, pero con la comunidad autónoma no hay posibilidad de hacerlo. No se trata de desagregar la información –siempre deben existir estándares fijados–; se trata de la posibilidad de no tener que elegir siempre el mismo sistema, aunque se muestre hacia fuera de una forma homogénea.

**Dr. Ruiz Téllez:** Efectivamente, ya se dijo en 1920 que el máximo y el mínimo ámbito de actuación es el área.

**Dilemas éticos y problemas legales por el uso de las TICs en sanidad: protección de datos, confidencialidad, equidad, nuevas formas de relación o interacción (consulta virtual, interacción de profesionales, segunda opinión, globalización de la atención)**

**Dr. Hernández Salvador:** En estos aspectos hacen falta estándares relativos al manejo de la historia clínica informática, como la normalización necesaria para la transmisión, recepción e interpretación de sus diversos componentes. Empieza a existir normativa europea que define las características de máximos y mínimos de la información que debe compartirse, de forma que debería iniciarse un proceso de adecuación de estos modelos a nivel local.

**Dr. Ruiz Téllez:** El 95 % de la información nace y muere en atención primaria, de modo que no necesita ser conocida en especializada. Se ha llenado la boca de la creación de bases de datos y de movilización de información, con falta de respeto a la confidencialidad y a la intimidad de los pacientes. En España, la implantación de la tecnología no ha ido pareja a un debate –con médicos, gestores, pacientes e



J. Carnicero, R. Sarrias, A. Ruiz Téllez, C. Hernández, A. Paya, M.J. Pasquín.

industria informática– sobre el para qué de la información. La opinión de médicos y usuarios ha sido tradicionalmente excluida. Pero en el contexto del sistema sanitario de nuestro país, de organización no lucrativa, sólo funcionaría bien si cumplieran los principios de existencia de una meta clara; especificación clara de los resultados esperados y conciencia de débito con la sociedad por saberse depositario y no propietario del bien público. No se consulta a los facultativos. Siempre se toman las decisiones según lo que han dicho unos técnicos que casi nunca son los propios médicos.

**Dr. Carnicero:** Sobre este punto, no soy tan drástico en ninguno de los sentidos. Una gran base de datos, aunque sé que me diréis que cuanto más grande, mayor dificultad para velar por su seguridad, no es indiscreta por definición; depende de cómo esté organizado el plan de seguridad y de si se cumplen o no las normas. Las bases de datos muy pequeñas, desagregadas, dan también otro tipo de problemas al respecto. Además, la ley es taxativa y existen condenas al hecho de violar la intimidad de los pacientes. Tenemos el problema de no tener tradición del uso de la HSE y de que las leyes de protección de datos y de derechos del usuario son relativamente nuevas. La ley es concreta al definir en qué casos se puede acceder a la historia clínica y en cuáles no. Uno de los problemas actuales es que sobre este punto confluyen actualmente dos leyes: la ley de protección de datos y la propia normativa sanitaria, y en algunos aspectos no dicen lo mismo.

**Dr. Ruiz Téllez:** Sí, pero el hecho real, independientemente de que se llegue a acceder a los datos, es que existe la posibilidad de ello por personas no autorizadas y que podría realizarse a gran escala. Por otro lado, el gran volumen de información con-

tenido hace complicado su manejo, de forma que incluso evita y paraliza la propia obtención de datos por una cuestión meramente técnica.

**Dr. Carnicero:** La situación es de suficiente trascendencia como para tomarse el problema en serio, organizar un plan de seguridad y plantearse si vale la pena y es operativo y seguro montar una macrobase de datos. Mi duda es si se plantean todas estas cuestiones antes de establecer cualquier plan tecnológico.

**Dr. Sarrias:** Mi impresión es que este aspecto se toma en serio, pero no se está haciendo un proyecto integral de inversión, sino que se aplica desde los diferentes capítulos de gasto, con lo cual no se declina el verbo planificar, como decía el Dr. Ruiz Téllez, con desembolso excesivo, con freno al propio desarrollo, en aras de varias excusas, como la finalización de contratos, los cambios políticos, etc.

**Dr. Hernández Salvador:** Si se analiza lo realizado en los últimos años, las cosas están conducidas por la propia capacidad tecnológica; se realiza lo que la propia tecnología permite hacer. Esto es una locura, por ahí no se puede ir. Hay que analizar los procesos y evaluar lo mejor en cada situación, de manera que la tecnología que deba implantarse en cada caso no es necesariamente la última, sino la más correcta en función de otras consideraciones. A quien planifica así, yo lo llamo ignorante. El hecho de trabajar durante décadas y no conseguir grandes resultados es para pensar que algo no se está haciendo bien.

**Dr. Sarrias:** Probablemente la metodología, además de la complejidad inherente al propio sistema.

**Dr. Payá:** Sí, recuerdo el marketing inicial que realizábamos en los centros



para promocionar los nuevos programas y era incluso divertido. Pero actualmente los profesionales viven la implantación de los sistemas como un sistema de fiscalización y control, la pérdida de datos en los cambios –como dije antes– y la dependencia actual de un cable de teléfono para la realización de cualquier tarea, como la emisión de recetas.

**Dr. Ruiz Téllez:** Sí, terminamos de nuevo con la definición de mínimos de información y la planificación de inversión, que resulta desorbitada para un centro de salud único, por no hablar de la globalización del sistema.

**La calidad de la información en Internet: ¿quién, cómo y cuándo debe regularla? ¿Cómo dar a conocer la existencia de unos mínimos? ¿A quién?**

**Dr. Sarrias:** La tecnología avanza a gran velocidad incorporando nuevas herramientas que complementan y amplían las posibilidades de educación sanitaria para la población, dando acceso a más y mejor información sobre salud; facilitan la comunicación entre los pacientes y usuarios y los médicos y profesionales de la salud, obtención de segundas opiniones sobre una enfermedad abriendo camino a nuevas formas de relación entre los usuarios y estos profesionales sanitarios. Ante este mundo que es Internet, se hace necesaria, en beneficio de todos, la adopción de determinadas medidas de control y seguridad que den al usuario un mínimo de garantías. Nosotros intentamos incidir en diversos ámbitos, desde el Colegio de Médicos de Barcelona, desde la prensa y la radio a Internet, aunque no siempre se consigue.

**Dr. Carnicero:** La calidad de la información en Internet es como la vida misma: existe una gran variabilidad. Nos debe preocupar lo mismo lo de

Internet que la información vertida en el resto de los medios de comunicación, con la salvedad que parece que es más importante, de cara al ciudadano, por aparecer en el ordenador. Me preocupan igual la información electrónica que los consejos publicados en los dominicales, pero la diferencia es la facilidad de publicación y la facilidad de acceso, aunque la penetración de Internet es todavía baja en la sociedad española. No parece que el uso de sellos de calidad sea la solución, aunque sea deseable que los halla, pero sirve para la gente informada, que es la menos.

**Dr. Sarrias:** Nosotros intentamos andar en Internet, situar una herramienta, que es el sello de Web Médica Acreditada, que permita llegar a colectivos, como algunas asociaciones de pacientes, con sus limitaciones, aunque menos es nada. Uno de sus objetivos, y a lo que llegamos, es a colaborar en la modulación de la información que los médicos publican en Internet. En cualquier caso, todos los medios de comunicación, incluidos los buscadores, deberían comportarse de forma ética en la información que suministran, otra cosa es que lo hagan. Pero sí existen herramientas de desarrollo, como la web semántica, que, de forma más sutil, clarifican mejor los diferentes tipos de contenidos.

**Dr. Carnicero:** En el fondo de este asunto subyace la necesidad de la capacidad de crítica con la información recibida y esto lo da el nivel cultural de cada país. Saber quién proporciona la información, su aval, etc., y decidir si la información que recibe es fiable. El paciente informado es una realidad actual.

**Dr. Payá:** De ahí la utilidad de los sellos de calidad (pWMC, HON, Colegio de Médicos de Barcelona...), que indican a médicos y pacientes dónde se

publica información fiable. En el futuro, que ya ha llegado, éste es un importante papel que debe desempeñar el médico en la educación para la salud de sus pacientes.

**Dr. Ruiz Téllez:** Entra ahí el papel comercial que ha permitido el desarrollo de Internet. No necesariamente la información ha de ser gratuita.

**La formación en salud y actualización de conocimientos ¿está limitada a los profesionales sanitarios? ¿Quién debe unificar los recursos disponibles y a quién y cuándo se le debe dar acceso?**

**Dr. Ruiz Téllez:** Yo no uso Internet para la actualización de los conocimientos. Hay personas que saben navegar, encontrar la información pertinente invirtiendo mucho tiempo, pero son los menos y los primeros que colonizan son los comerciales, con lo cual es complicado poder encontrar información adecuada. Se puede encontrar información agregada, previo pago, para estar actualizado de forma laboral, y en ocasiones páginas web estructuradas a nuestra disposición. La pregunta es quién debe abonarlo. Un ejemplo limitado es la colaboración de Novartis con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Dr. Sarrias:** Paralelamente está el hecho de que te sometas a auditorías externas de referencia para conocer si la información es de calidad o no. Hay que situar Internet en positivo, colaborando mediante la propia revisión con sugerencias de mejora. Además, los servicios que se pueden proporcionar al profesional a través de Internet, como la interrelación entre profesionales, la emisión de alertas por correo electrónico y la formación a distancia son herramientas novedosas, incluso para la motivación de los profesionales mediante el entorno web.

**Dr. Hernández Salvador:** Las ventajas de Internet desde el punto de vista del investigador son que aporta muy elevada conectividad, permitiendo el trabajo en red, y en cuanto a los ensayos clínicos, mejoras en la captación de pacientes, la puesta al día de la información y el seguimiento de los procesos en tiempo real.

**Dr. Payá:** Sí, de hecho existe información disponible dirigida a los pacientes. Incluso se han publicado anuncios para inclusión en *screenings* clínicos en portales tipo Yahoo, y las instituciones anunciantes han podido cuantificar su rentabilidad.

**Dr. Ruiz Téllez:** Una aportación real de las TICs al medio sanitario sería incluir al paciente en la participación del control del flujo de su problema y en el acortamiento de los episodios. Éste sí que sería un verdadero reto.

### Puntos destacables

- En España, la implantación de la tecnología no ha ido pareja a un debate –con médicos, gestores, pacientes e industria informática– sobre el para qué de la información.
- Hacen falta estándares relativos al manejo de la historia clínica informática, como la normalización necesaria para la transmisión, recepción e interpretación de sus diversos componentes.
- En general, la inversión en nuevas tecnologías no se acompaña de un aumento proporcional del rendimiento. Se mecanizan los procesos existentes sin revisar sus posibilidades de mejora o cambio.
- La creación de bases de datos es de suficiente trascendencia como

- para tomarse el problema en serio, organizar un plan de seguridad y plantearse si vale la pena y es operativo.
- Los sistemas de información se acoplan a la corporación a la que pertenecen y sirven. En España, la corporación elegida es muy grande, la comunidad autónoma, lo que supone una corporación inmanejable. Los responsables de cada comunidad deberían estudiar muy seriamente el bajar el nivel de la corporación al área de salud.
  - En este contexto, deberíamos apostar por la madurez, pero la perversión del sistema retrasa e incluso impide este proceso.
  - La calidad de la información en Internet es como la vida misma: existe una gran variabilidad. Respecto a la capacidad de discriminación de esta información, subyace la necesidad de la capacidad de crítica, y esto lo da el nivel cultural de cada país.
  - Incluir al paciente en la participación del control del flujo de su problema y en el acortamiento de los episodios sería un verdadero reto.
- sombras de la información de salud en Internet. Informes SEIS (4). Sociedad Española de Informática de la Salud. Pamplona 2002.
- Carnicero J (Coordinador). De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Informes SEIS (5). Sociedad Española de Informática de la Salud. Pamplona 2003.
  - Bethell C, Fiorillo J, Lansky D, Hendryx M, Knickman J. Online consumer surveys as a methodology for assessing the quality of the United States health care system. *J Med Internet Res* 2004; 6(1): E2.
  - Gawande AA, Bates DW. The use of information technology in improving medical performance. Part II. Physician-support tools. *Med Gen Med* 2000; 2(1): E13.
  - Gawande AA, Bates DW. The use of information technology in improving medical performance. Part III. Patient-support tools. *Med Gen Med* 2000; 2(1): E12.
  - World Health Organization E-health in the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/his/ehealth/AboutEhealth.htm> Acceso abril 2004.

## Referencias

- León P (Editora). La implantación de los derechos del paciente. Comentarios a la Ley 4/2002. EUNSA. Pamplona 2004.
- Carnicero J, Hualde S (Editores). La seguridad y confidencialidad de la información clínica. Informes SEIS (3). Sociedad Española de Informática de la Salud. Pamplona 2001.
- Carnicero J (Coordinador). Luces y
- Mayer MA. Acreditar webs de contenido sanitario, ¿necesidad imposible? *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 496-497.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III-ISCIII. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Dic 2002.
- Deyo RA. A key medical decision maker: the patient. *BMJ* 2001; 323: 466-467.

## El reto de la comunicación

Elviro J  
Fundación Signo  
secretaria@fundacionsigno.com



A. Alemany, J. Martínez, J. Elviro, E. Fernández, C. Pino.

### Invitados:

**Antonio Alemany.** Gerente A. Primaria Área I. Madrid.

**Esther Fernández.** Jefa Servicio. Departamento de RRHH del SESCAM.

**Joaquín Martínez.** Gerente del 12 de Octubre. Madrid.

**Carmen Pino.** Directora General Planner.

Moderador: **Javier Elviro.** Fundación Signo



J. Elviro, E. Fernández, C. Pino.

Previamente a la celebración de este Punto de encuentro, se envió a los participantes en el mismo un pequeño guión compuesto de las siguientes preguntas con un valor meramente orientativo:

1. ¿Qué valor tiene la comunicación en la empresa de hoy?
2. ¿Cuáles son los elementos que permitirán afrontar este reto con garantías de éxito?
3. ¿Comunicamos o informamos?
4. La comunicación interna como estrategia empresarial:
  - ¿Enseñamos a nuestros profesionales a comunicarse o creamos una estructura?
  - ¿Modifica la comunicación interna la estructura jerárquica establecida anteriormente?
5. La comunicación externa como elemento para el desarrollo de la empresa:

- Los profesionales que se comunican mucho con los pacientes ¿son más vulnerables?
- ¿Por qué una adecuada comunicación con los pacientes "desgasta" tanto?

#### PUNTO DE ENCUENTRO

**P:** ¿Qué es la comunicación y qué valor tiene en la empresa actual?

**C.P.:** Me he permitido traer una definición:

La comunicación nace de la necesidad de los grupos sociales de difundir sus ideas, extender sus mensajes y comunicarse para alcanzar objetivos sociales, políticos y económicos.

Cualquier institución o colectivo que no cuenta lo que hace no es conocido. Si una empresa no traslada a los clientes en qué consiste su trabajo, sus niveles de calidad, etc., no será conocida y, por tanto, peligran su desarrollo y futuro. En definitiva, la co-

municación es una actividad necesaria en cualquier empresa, pero no es un fin en sí misma, sino una herramienta para facilitar su desarrollo.

**E.F.:** Yo creo que es fundamental en las organizaciones modernas. Una empresa que no hace que la comunicación forme parte de su política estratégica y que no consigue que su planificación, objetivos y forma de hacer las cosas lleguen a los que trabajan en ella, que no fomenta la participación y búsqueda de soluciones entre todos, es una organización atrasada.

Para mí, la comunicación representa el sello de las organizaciones modernas. Pienso que en el entorno sanitario todavía estamos muy retrasados en este aspecto, y de momento no se está dando a la comunicación el valor que tiene que tener.

**P:** ¿Cómo desarrollar la comunicación en nuestros centros? ¿Es algo

**de todos, creamos una estructura o ambas cosas?**

**C.P.:** Cualquier estrategia de comunicación debe contemplar dos aspectos diferentes y complementarios: la comunicación interna y la comunicación externa. La primera es imprescindible para facilitar la difusión de los mensajes, objetivos, etc., a toda la organización, y la segunda para darse a conocer a los clientes, proveedores y todos los que, de una u otra manera, pueden tener que relacionarse con ella.

En ambos casos es necesario realizar un plan de trabajo, y lo primero saber por y para qué se elabora el plan, es decir, los objetivos y qué tipo de mensajes hay que dar, tanto si las noticias son buenas como si son malas. Hay que ver cómo hacerlo de la manera más adecuada en tiempo y forma, principalmente si son malas.

También es necesario tener portavoces identificados y formados para que



A. Alemany, J. Martínez, J. Elviro, E. Fernández.

trasmítan el mensaje tanto a la organización, caso de la comunicación interna, como al entorno si estamos hablando de la comunicación externa.

Por último, es necesario establecer un sistema de transmisión de la información, algo más lento antes pero que, con los nuevos medios tecnológicos, se ha facilitado mucho.

**P: ¿Qué desarrollo hemos alcanzado en nuestras organizaciones?**

**J.M.:** Creo que en Atención Especializada (AE) la comunicación externa ha mejorado considerablemente en los últimos años, pero porque normalmente contamos con profesionales que recogen la información, la ordenan, saben cómo y cuándo sacarla a la luz pública. Y no sólo dan información, sino que van creando una corriente de opinión de lo que representa el hospital.

Me preocupa más la comunicación interna, ya que es más difícil. Primero porque no es un fin en sí misma, sino una herramienta que se da la propia organización para transmitir y compartir información, valores, etc., y no hay personas expresamente dedicadas a ello. Además, porque hay que tener la necesidad de comunicar, algo que no siempre tenemos suficientemente claro: hay que conocer el mensaje de la organización, saber lo que se quiere de nosotros.

Luego, que exista un método de trabajo, de gestión. La comunicación me ha resultado mucho más fácil cuando hemos tenido un contrato de gestión con la Administración, me refiero "de hospital para arriba", donde estaban muy claros los mensajes que debe cumplir la organización general, los propios del hospital y los que debe cumplir el centro para ayudar a los objetivos generales.

Después hay que diseñar un sistema de trabajo para conseguir que ese mensaje, que la Dirección ya tiene claro, se trasmita a todas las células que componen el hospital y que son muchas. Pero, además, no sólo con el responsable de cada célula, sino con todos los implicados, pues nos hemos dado cuenta de que si negocias sólo con él, los que están al lado pueden no enterarse de la información transmitida.

Para ello, yo creo que disponemos de una buena herramienta como son las Comisiones de Objetivos que se crean en 1995 pero que se han generalizado muy poco. Son un elemento de comunicación excelente, porque ponemos al mismo lado de la mesa no sólo al responsable sino a médicos, supervisora, administrativos, etc.; es decir, a los que participan del proceso.

A esta Comisión primero se le entrega lo que la Dirección ha firmado con la Administración, se centran los puntos más importantes y se entabla una negociación y diálogo para implicarles y conseguir que sus objetivos se alineen con los de la Organización.

Es una herramienta magnífica; exigente, porque son muchas reuniones y hay que hacer evaluación de los acuerdos, pero consigues comunicar y, muchas veces, implicar a las unidades.

Hay otras formas de comunicar, como las normas, las hojas informativas, el periódico, etc., pero, como elemento de comunicación, para mí el más importante es la Comisión de Objetivos.

Y quiero añadir, de acuerdo con Carmen, que es fundamental que quien tiene la responsabilidad de la organización defina el método y lidere el proceso.

**A.A.:** En lo referente a Atención Primaria (AP), yo creo que ha ocurrido lo contrario. Desde el principio el Real Decreto que establece su organización y desarrollo piensa mucho como vertebrarla y establece sistemas de comunicación adecuados. Se han creado estructuras intermedias, Consejos de Gestión con participación de unas u otras unidades de acuerdo con las necesidades de cada Gerencia, que no son ni más ni menos que foros de reunión donde se intercambia información y se transmiten objetivos.

La comunicación en AP tiene la dificultad de su dispersión, pues se pueden tener muchos profesionales en muchos locales separados, sin comunicación informática en muchos casos, y con dificultades incluso de acceso en otros, pero es necesario ingeniarlas para comunicarse con todos los profesionales, y yo creo que generalmente se consigue. Sin embargo, la comunicación externa no ha existido ni existe prácticamente. De hecho, la

población conoce muy poco de la realidad de la atención primaria porque no se le ha transmitido. Quiero añadir que se ha comentado la conveniencia de contar con personas responsables profesionalizadas y esa figura no se contempla en la Gerencia de AP, porque la comunicación es responsabilidad del gerente.

**E.F.:** Creo que la cultura de la comunicación está poco desarrollada en los centros sanitarios. La labor de comunicación hoy día depende más de la voluntad y del estilo de liderazgo del gerente, tanto en AP como en AE.

En lo referente a la comunicación externa sí hemos mejorado y se están desarrollando gabinetes que se dedican a ello, pero la situación es mucho más deficiente en el ámbito de la comunicación interna.

**C.P.:** No conozco bien cómo está organizada la comunicación en AP, pero la comunicación interna es igual de



*E. Fernández, C. Pino.*



importante en un centro de salud que en un hospital, aunque en éste sea mucho más complicada. Sin embargo, creo que la comunicación externa tiene más justificación en un centro hospitalario que en un área. La comunicación interna es muy difícil, porque existen muchos niveles de responsabilidades y exige un método muy bien estructurado. Nosotros hemos colaborado en planes de comunicación en grandes hospitales, y cuando reúnese a personas de distintos colectivos e intentas llegar a acuerdos, la dificultad es enorme, pues lo que es válido para unos es imposible para otros. Sin embargo, la situación se puede concretar más en la comunicación externa, ya que en casi todos los hospitales, hablo de los grandes, hay personas encargadas de esa actividad.

**P:** Si informar es dar noticias y comunicar es hacer partícipe a otro de lo que uno tiene, nosotros ¿qué hacemos más? ¿Comunicamos o informamos?

**E.F.:** Lo que ocurre es que existe poca cultura de comunicar. En muchos hospitales se firman objetivos y no se trasladan ni comunican a toda la organización. Como mucho, se hace con los servicios médicos, pero al resto del personal no llega. Mucha gente trabaja sin saber qué es lo que la organización espera de él ni cómo puede ayudar a alcanzar los objetivos de su centro. Cualquier empresa debe tener un diseño de cómo transmitir los objetivos, y la realidad de nuestros hospitales está muy distante de ser así.

**A.A.:** ¿Qué pasa en una organización cuando el que tiene que marcar las estrategias no comunica? Pues lo que ocurre es que los que están en el nivel medio elaboran sus propios objetivos, establecen los medios de comunicarse, o no, entre ellos, etc. Esto ocurre cuando se cambian los líderes y no se

transmiten a los trabajadores los objetivos de la empresa, y ésta no camina en una única dirección.

**J.M.:** Creo que la comunicación externa es más información, y por eso tiene sentido que la realicen profesionales de la información. Pero la comunicación interna es un trabajo de la Dirección, y no consiste tanto en dar muchos mensajes como en darlos adecuadamente, bien organizados, con metodología y llegando a todo el mundo. La cultura que se trata de compartir en una organización debe partir de la Dirección y debe impregnar el resto de la organización.

Hay muchas dificultades porque el sistema no ayuda. Primero, porque, en general (probablemente cada vez menos), los directivos de los centros sanitarios somos vistos con desconfianza, y eso es una barrera importante para comunicar. Eso significa que hay otras fuentes de información a las que se da más crédito que a la información que da la Dirección. No digo que sean opuestas, pero quizás no están alineadas con la de la Organización.

Es decir, nos encontramos con contransformación que no suele coincidir con la que transmitimos. Los directivos muchas veces tenemos que demostrar la honestidad de lo que decimos, que, en ocasiones, se pone sistemáticamente en duda. Otros problemas vienen de que propuestas presentadas a niveles superiores son aceptadas, pero no contamos con los tiempos, ¡y ahí está el problema! Los objetivos conseguidos no se concretan hasta mucho tiempo después de cuando se pactan, de tal manera que si se anuncian y no llegan, parece que no era cierto, y eso es gravísimo, porque se pierde toda credibilidad.

Es decir, no tenemos mucha inmediatez entre la toma de la decisión y la

materialización del hecho decidido, lo cual hace que pierdas credibilidad.

**P:** Cuando una Dirección establece una política de comunicación interna, muchas veces te encuentras con que los mandos intermedios no sólo no la transmiten, sino que no quieren que sea conocida por los trabajadores. ¿Qué hacemos? ¿Nos saltamos la estructura jerárquica, con lo problemático que eso puede ser, o no?

**A.A.:** En primaria la comunicación se ha visto influida y se ha ido modificando a la vista de las carencias que han ido detectándose.

Efectivamente, los mandos intermedios, los coordinadores de los equipos de AP, están en contacto con los profesionales que dan los servicios y tienen que transmitir información, pero no sólo a los trabajadores, sino también a la Dirección y a la población. Nosotros hemos detectado que fallan con más frecuencia en la comunicación ascendente, ya que piensan que

si nos transmiten muchos problemas, van a parecer reclamantes, y tienden a no comentarlos o a minimizarlos. También detectamos que a veces no se conocen los objetivos cuando bajas a un nivel inferior.

¿Cómo nos hemos defendido de estos problemas? Incorporando distintos estamentos a los foros de comunicación, y no sólo los coordinadores médicos. Las reuniones mensuales son con mayor número de profesionales y de distintos estamentos y, por tanto, más complejas, pero nos aseguramos la transmisión de los objetivos y, de esa manera, las líneas estratégicas y proyectos de trabajo son conocidos por todos los colectivos. Aun así existen problemas, y en algunos equipos vemos que no llegan los mensajes claros. También quiero decir que a la hora de transmitir información, la presencia del gerente da mayor credibilidad a todo lo que se transmite allí. El gerente representa a la organización supra, su presencia da mayor peso a los mensajes y esa herramienta no la podemos olvidar



J. Martínez, J. Elviro.

a la hora de establecer la política de comunicación interna.

**E.F.:** La comunicación interna tiene que ver mucho con cómo es la organización, y las organizaciones modernas tienen que comunicar. Si no somos capaces de que exista comunicación entre las diferentes unidades y entre los diferentes profesionales, cada uno podrá cumplir sus objetivos, pero no serán objetivos alienados para cumplir los objetivos generales de la empresa.

En relación con la pregunta de qué hacemos si los mandos intermedios no transmiten la política de comunicación de la dirección y si en ese caso nos saltamos la estructura jerárquica, creo que hay que conseguir que esos mandos jerarquizados cumplan su labor de comunicar.

¿Cómo? La dirección deberá establecer un sistema que asegure no solamente que el responsable de la unidad ha pactado objetivos de actividad, sino también que esos objetivos son conocidos por las personas de su unidad. Aunque el jefe jerárquico sea reacio a transmitir la comunicación, hay que conseguir que se transmita sea como sea.

**J.M.:** El problema es real: muchas veces los mandos intermedios no sólo no son el elemento facilitador de la comunicación, sino que la dificultan. Y existe el dilema, pues realmente no podemos saltarnos los mandos intermedios, ya que entonces hemos fracasado, pero tenemos que conseguir que los objetivos, por lo menos, se conozcan. Para ello utilizamos la Comisión de Objetivos.

**P:** ¿La aceptan bien?

**J.M.:** Nosotros hablamos con los Jefes de Servicio y les explicamos que

estas comisiones funcionan como la Comisión de Dirección, que consiste en reunir a una serie de personas que me ayudan a tomar decisiones.

La Comisión de Objetivos no quita poder a nadie. Un gerente no manda menos porque tenga una Comisión de Dirección o de Objetivos; al contrario, sus decisiones tienen más peso.

Por eso, el primer objetivo que ponemos a las unidades es la constitución de su Comisión de Objetivos. Eso vale para los objetivos institucionales, porque el día a día es otra cosa, pero por esa vía establecemos la cultura de comunicación y es esperable que vaya incrementándose paulatinamente.

**C.P.:** Para cualquier decisión que se quiera ejecutar en una empresa, la persona que tiene la máxima responsabilidad tiene que tener claro cómo, cuándo, a quién y dónde se debe transmitir la información.

Los trabajadores tienen que saber que cuando se pone un proyecto en marcha, el objetivo está perfectamente estudiado, estructurado, meditado y va para delante, y el papel de todos es implicarse para conseguirlo.

Los mandos tienen que ayudar a ejecutarlo. Por supuesto, pueden y deben aportar cuanto más, mejor para su desarrollo, pero el proyecto progresa y la gente tiene que saber que el objetivo hay que cumplirlo.

**J.M.:** Es decir, que el director ejerza de director.

**C.P.:** Exactamente. Establece el objetivo de la empresa y lo cumple, y los demás tienen que seguirlo y cumplirlo. Lo importante es que el director lo tenga muy claro, pues cuanto más claro lo tiene, más fácil será extenderlo a su organización. Ahora bien, es muy



A. Alemany, J. Martínez.

importante trabajar con un respeto entre todas las partes y hacerlo juntos. Hay que exponer los objetivos a todos los profesionales, enfermeras, celadores, médicos y área de gestión, de tal manera que todo el mundo sepa lo que la organización está pidiendo a cada uno en concreto.

**A.A.:** Es cierto, porque cuando llegas a una organización, a un área de AP en la que no se ha trabajado la comunicación, te das cuenta de la distancia que hay entre la cúpula y los trabajadores, y tienes que empezar a cambiar la cultura, y hasta que no lo haces no se participa y se empiezan a compartir objetivos. Yo creo que ése es el valor añadido, muy importante, que tienen las organizaciones que comunican, como hablábamos antes.

**P:** **¿No tenemos riesgo de que “se encierren en sus cuarteles” y esperen a que cambie la Dirección, algo que es probable que ocurra en poco tiempo?**

**J.M.:** Es cierto. Por eso es importante conocer muy bien la organización, y no puedes marcar objetivos que no puedan asumir, porque puedes perder la posibilidad de conectar con los trabajadores.

Al contrario, hay que saber qué objetivos se quieren cumplir e ir marcando una pauta de comunicación e implicación que nos permita seguir trabajando con todos y que no “se encierren en los cuarteles”.

**C.P.:** Es evidente que tú vas a un hospital o a otra organización donde hay unos que son los que realmente mandan, y, o pasas por el aro, o no sacas adelante nada. Pero eso no puede significar que no se avance.

Lo que hay que tener muy claro son los objetivos, avanzar piano piano pero sin dejarse llevar, conduciendo la organización. Ahora, para eso que hay que creerse los objetivos y luchar por ellos.

**E.F.:** Es cierto y es muy difícil, pero eso liga con el estilo de dirección y liderazgo de los gerentes y directores. Claro que hay personas que están a años luz y que no van a acercarse a nuevas formas de trabajo, pero hay que seguir adelante, ir fomentando el cambio.

**P:** **Me gustaría hablar ahora de la comunicación con el usuario. ¿Cómo puede ser que si comunicar o informar nos hace más fuertes, los profesionales se sientan tan vulnerables con los pacientes cuando informan y exista tanta controversia al respecto?**

**A.A.:** La Ley General de Sanidad dicta que en AP hay que comunicarse con los ciudadanos.

Yo tengo experiencia a través de los Consejos de Salud, donde nos reunimos con ellos para presentarles los objetivos, compartir la marcha de los servicios que les prestamos y escuchar sus necesidades y propuestas.

Y aquí me gustaría distinguir dos tipos de ciudadanos: contribuyentes y pacientes. El discurso es distinto, su percepción es distinta y su valoración también.

El profesional se mueve mucho mejor con el ciudadano paciente que con el contribuyente, porque tiene su mismo lenguaje y, además, le utiliza, sin sentido peyorativo, para hacer confluir sus intereses, cosa que no puede hacer con el ciudadano contribuyente.

Sin embargo, el discurso de la Dirección confluye mucho mejor con el del ciudadano contribuyente que con el del paciente, de tal manera que en esos foros de comunicación se suelen definir dos bandos: gerencia y contribuyentes frente a profesionales y pa-

cientes, cada uno con su visión y sus intereses. Desde luego, es una experiencia gratificante tener que vivir esta realidad todos los meses.

**J.M.:** Ese tema desgasta mucho al profesional, porque las expectativas del paciente son muy elevadas. Pienso que todos sus problemas son solucionables y exigibles al sistema, y eso lo hace a través del profesional.

Hay personas que confían en exceso en lo que la medicina puede dar; con eso no satisfacemos las expectativas y, por mucho que le expliquemos, si está convencido de que necesita algo que no le proporcionamos, no lo entiende. Por mucho que el médico informe e intente convencer, al final el paciente sigue siendo muy exigente, y como pierdes más tiempo en informar que en firmar, pues cedés y complaces, pero eso no satisface al médico, que sabe que está haciendo algo que no es lo bueno.

Es muy difícil convencer a los pacientes de que las posibilidades del sistema no son ilimitadas. ¿Cómo les vamos a explicar que habiendo más de mil médicos en nuestro hospital, hay listas de espera importantes? Y es perfectamente lógico para nosotros, pero no para ellos.

Sin embargo, yo creo que la comunicación directa entre médico y paciente es buena en líneas generales.

**C.P.:** Yo estoy de acuerdo. Aunque haya más personas que sean más exigentes, la realidad es que el médico sigue siendo respetado y el paciente confía en él.

Sin embargo, en la información general, la que produce tantas expectativas en los ciudadanos, creo que pueden ayudar mucho las empresas profesionales de comunicación sanitaria.

Y por eso creo que es necesaria la especialización, porque la cantidad de información sanitaria que se produce hoy en día y la variedad de la misma lo justifican.

Quisiera aportar unos datos del Informe Quiral del año 2002 sobre la información sanitaria en España: la media diaria de impactos periodísticos es de 40 (15.037 textos) con un incremento del 34 % respecto al año 2001. El 75 % de los textos son informativos, el 6 % interpretativos y el 19 % de opinión. Las fuentes de las noticias provienen el 67 % de expertos, el 20 % de instituciones, el 9 % de publicaciones y el 3 % de agencias, y las publicaciones científicas más citadas son el grupo Nature, Science, The Lancet y New England Journal of Medicine.

Por eso hablo de la especialización, porque una noticia mal expresada, y ya vemos que se producen muchas, puede generar más problemas que beneficios a los ciudadanos.

**P: No podemos dar expectativas infundadas y eso pasa mucho hoy en día. Por eso somos tan vulnerables, pero tenemos que trabajar con ese condicionante.**

**E.F.:** Una cosa es el acto de informar y otra que se produzca la comunicación, y eso pasa igualmente en la relación médico-paciente. Una cosa es que yo dé una información y otra que realmente se produzca una comunicación, es decir, que el profesional se entere de lo que el paciente ha entendido y de que realmente ha entendido lo que debe y sabe lo que tiene que hacer.

Se ha publicado un estudio que demuestra que algunos pacientes entienden menos del 50 % de lo que los médicos les dicen y se demuestra que

cuando ese porcentaje aumenta, se siguen mejor los tratamientos.

Hay otro estudio que demuestra que el seguimiento telefónico de los pacientes mejora los resultados, se evitan ingresos innecesarios y disminuyen las complicaciones. Por eso tenemos que trabajar en mejorar la comunicación, porque es bueno para todos.

**C.P.:** Las sociedades científicas han detectado esa necesidad y están valorando incluir cursos y otras actividades formativas sobre comunicación dentro de sus planes de formación; por lo menos algunas con gran sensibilidad hacia estos temas y cuyos planteamientos conocemos de cerca.

**J.M.:** El médico ha cambiado mucho en la forma de comunicación que da ahora. El paternalismo ha disminuido y hoy en día se tiende a compartir más con el paciente, dejándole que se implique más en su decisión sobre la enfermedad, algo que muchas veces el paciente no quiere asumir.

Se ha empezado por los procesos graves, donde eso está más claro que en los temas de menor trascendencia, pero de la mano de estos procesos se extenderá a la totalidad de la práctica médica.

**E.F.:** Yo creo que eso también se extenderá a los profesionales, y el jefe que no se comunica con los subordinados, que interrumpe la cadena de la comunicación, irá cambiando, porque se generará una demanda de los profesionales para estar mejor informados, y éstos exigirán esa comunicación necesaria para trabajar y cumplir los objetivos de la organización.

**Madrid, 16 de junio de 2004**

VII   
JORNADAs

# Gestión y evaluación de costes sanitarios



Fundación  
Signo

Sede  
Hotel Beatriz  
Toledo

toledo  
6,7y8deoctubre



COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO



Fiscam  
Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha



Secretaría Técnica  
CCM Viajes  
Avda. Europa 22, Local 1  
45003 Toledo  
Tel 925 28 53 43  
Fax 925 28 53 46

# **Aulas de apoyo a la Gestión**

## **Fundación SIGNO**

secretaria@fundacionsigno.com

Las Aulas de Apoyo a la Gestión tienen como propósito analizar problemas cotidianos de la gestión sanitaria desde un tono crítico e innovador con el fin de intercambiar experiencias.

Sus ejes de actuación son, por lo tanto, la búsqueda de soluciones y el intercambio de ideas en un tono práctico y participativo.

Su pretensión: que los profesionales que participan en las mismas regresen a sus centros con el descubrimiento de nuevas "recetas" que permitan el progreso de las organizaciones y la mejora continua.

Toda la documentación de las Aulas se encuentra en [www.fundacion-signo.es](http://www.fundacion-signo.es).

### **ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN**

9:30	<b>"Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia."</b> Ana María Guerrero Vaquero (Hospital Carlos III. Madrid).
11:30	Café.
12:00	<b>"Hospitalización a domicilio."</b> Pedro Sanroma Mendizábal (Hospital Marqués de Valdecillas).
14:00	Comida.
15:30	<b>"Teleasistencia."</b> Justo Menéndez Fernández (Ministerio de Sanidad y Consumo).
16:30	<b>Conclusiones y cierre.</b>

El pasado día 24 de junio de 2004 se celebró en el salón de actos del Hospital Ramón y Cajal de Madrid una reunión en la que, organizadas por la Fundación Signo, se presentaron tres ponencias sobre diferentes alternativas a la hospitalización tradicional.





*Pedro Sanroma, Ana Guerrero, Diego Falcón, Justo Menéndez.*

En primer lugar intervino la Dra. Ana María Guerrero Vaquero, Coordinadora de la Unidad de Cirugía sin ingreso y de corta estancia del Hospital Carlos III de Madrid. En su intervención expuso la estructura de su unidad y pasó a presentar la dinámica de trabajo para la captación de pacientes de las diferentes especialidades quirúrgicas (Cirugía general, Cirugía vascular, Maxilofacial, Oftalmología, Ginecología, Traumatología y Ortopedia, ORL, Urología y Plástica) desde una consulta de alta resolución, con unos criterios definidos tanto para el ingreso en la Unidad como para el alta de la misma, quedando la posibilidad de un contacto telefónico con el personal de la Unidad tras el alta hospitalaria.

En el debate tras la ponencia se resaltó la importancia que tiene el que se trate de una unidad funcional y administrativamente independiente de otros servicios del hospital, mejorándose así su rentabilidad.

En segundo lugar intervino el Dr. Pedro Sanroma Mendizábal del Hospital Marqués de Valdecillas de Santander, coordinador de la Unidad de Alternativas a la Hospitalización, Unidad ésta en la que están englobadas las Unidades de Hospitalización a Domicilio, Hospital de Día Médico y una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica denominada "Hospital de semana".

En su intervención el Dr. Sanroma hizo un repaso de la Evolución Histórica de la Hospitalización a Domicilio para posteriormente presentar la



Ana María Guerrero

evolución de la Unidad que él coordina. Asimismo, presentó la cartera de servicios actual, que va desde el trasplante de médula domiciliario hasta el alta precoz tras cirugía cardíaca, los protocolos actualmente en funcionamiento de su Unidad y las líneas de trabajo en un futuro inmediato.

En el intenso debate tras la intervención se resaltó la importancia de contar con una excelente enfermería como base de esta modalidad asistencial y de la necesidad

de dotar de recursos suficientes para contar con una cartera de servicios adecuada que permita tratar a estos pacientes en su domicilio, resaltándose además la importancia de que ésta sea una elección libre del paciente y de la familia, dado que la asistencia que se presta en el domicilio se basa en el autocuidado, para lo que será imprescindible poder dotar de una buena educación sanitaria tanto al paciente como a la familia.

Para finalizar, el Dr. Justo Menéndez, del Ministerio de Sanidad y Consumo, analizó las aplicaciones actuales y los usos futuros de la telemedicina, resaltando su importancia como herramienta que permite mejo-



Participantes en las Aulas de apoyo.

rar la interconexión tanto entre profesionales de distintos niveles asistenciales como la conexión de estos profesionales con los pacientes, permitiendo la asistencia en lugares remotos al permitir llevar los cuidados al lado del paciente dondequiera que esté, pudiendo contarse actualmente con una amplia gama de terminales que permiten recoger remotamente y transmitir a través de la línea telefónica una amplia serie de parámetros como tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, así como otros parámetros bioquímicos o hematológicos, imágenes radiológicas, ECG, etc.

En el debate se destacaron los excelentes resultados que se están consiguiendo en nuestro país utilizando las telecomunicaciones para la asistencia de pacientes con patología crónica, apreciándose una notable reducción en el número de ingresos hospitalarios que estos pacientes precisan.



*Participantes en las Aulas de apoyo.*

## **VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios**

El próximo mes de octubre, los días 6, 7 y 8, se celebrarán en Toledo las VII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, organizadas por la Fundación Signo.

Los temas de las comunicaciones se han dividido en cuatro grandes categorías denominadas: procesos, personas, resultados y organización. El reparto que se ha hecho de cada uno de los temas entre estas cuatro grandes áreas temáticas puede consultarse en la página web.

La elaboración de las mesas redondas y de los talleres se ha hecho también según estas cuatro grandes áreas temáticas, cada una de las cuales ha sido responsabilidad de una persona, como coordinadora de un grupo de trabajo. Juntos han desarrollado todo el programa científico del congreso, con la coordinación del presidente y de la secretaria.

Los responsables han sido el Dr. César Moris de la Tassa (procesos), Esther Fernández González (personas), Paloma Alonso Cuesta (resultados) y Francisco de Paula Rodríguez Perera (organización).

### **ÁREA TEMÁTICA: ORGANIZACIÓN**

Coordinador del Área: **Francisco de Paula Rodríguez Perera**

**¿Cuáles son los contenidos más destacados de su Área?  
¿Qué innovaciones aportan?**

El Comité Organizador de las VII Jornadas decidió en una de sus primeras reuniones en Toledo incluir en el Área Temática de Organización los siguientes asuntos en torno a los cuales buscar mesas y ponencias que fueran de interés: servicios generales, obras, compras, gestión económica, gestión de almacenes, hostelería, logística, financiación, marketing y economía de la salud.

Más tarde, el Comité aceptaría la propuesta de los organizadores del Área de concentrar su contenido final en cuatro aspectos más concretos:

1. Gestión económica
2. Servicios generales
3. Sistemas de información
4. Suministros, compras y logística

Sin ánimo de resultar exhaustivos, nos parecen de interés relevante, por ejemplo, las aportaciones que se realizarán sobre los estudios económicos que parece necesario realizar en el proceso de creación de una Unidad Funcional de Gestión Clínica, la exposición de los resultados de la cadena fría en cocina, después de varios años ya de experiencia, las propuestas de posibles alternativas al modelo actual de compras expuestas desde el Ministerio de Hacienda o, finalmente, la explicación sobre cómo se han podido agregar varias aplicaciones diferentes en un único sistema de información que trabaje de manera integrada de cara al usuario.

Éstas y otras más son las propuestas que desde el Área hemos elevado al Comité Organizador y que éste ha aceptado, por lo que pensamos que va a resultar un Área de mucho interés.



*C. Moris, L. Rodríguez, A.J. Pérez, R. Gálvez, P. Alonso, J.M. Baltar.*

## ¿Qué personas los exponen?

En el Área de Organización hemos tenido especial cuidado en la selección de los moderadores y ponentes, buscando profesionales y firmas de reconocida experiencia y solvencia técnica contrastada, que aseguraran la aportación de nuevos conocimientos y experiencia, eludiendo los lugares comunes o las reiteraciones.

Contaremos con gerentes de hospitales y directores de gestión, profesionales de servicios centrales sanitarios y otros de un nivel absolutamente operativo como corresponde al tema, con personas de muy variado origen en la geografía española y con un ponente extranjero, pertenecientes en unos casos a la empresa pública y en otros, a la privada.

## ¿A quién van dirigidos estos contenidos?

Hemos procurado que los asuntos tratados en las mesas del Área de Organización resulten de interés para los miembros de cualquier nivel de nuestras organizaciones sanitarias, al igual que para un buen número de sus proveedores.

Entendemos que cualquier profesional sanitario va a encontrar asuntos en este Área que le afectan profesionalmente de una manera bastante directa y que va a recibir sugerencias específicas que eventualmente podrían repercutir muy positivamente en su desempeño profesional a partir de ese momento.

## ÁREA TEMÁTICA: PROCESOS

Coordinador del Área: **César Moris de la Tassa**

## ¿Cuáles son los contenidos más destacados de su Área?

### ¿Qué innovaciones aportan?

Durante las VII Jornadas se profundiza en una idea que ya estaba presente en ediciones anteriores, y es la de incorporar el mundo de la clínica. Esta línea se inició en las VI Jornadas celebradas en Madrid. Se trata de una iniciativa no exenta de dificultad. Salvo una minoría de clínicos interesados por los temas de gestión, se trata de un estamento que desde siempre ha vivido de espaldas, e incluso sintiendo que se trata de un mundo antagónico. Por otra parte, la existencia de profesionales de la gestión con escasa experiencia y formación profundiza en ocasiones en el desencuentro entre los mundos de la gestión y de la clínica.



F. Cárceles, J. Rubio, F. Rodríguez y D. Falcón.

El hecho de que el Presidente del Congreso y el Coordinador del Área de "Procesos" sean clínicos demuestra la decidida voluntad del Comité Organizador por profundizar en el encuentro.

Dentro de los contenidos del Área destacaríamos las mesas redondas dedicadas a la aplicación de las modernas formas de gestión en enfermería, el análisis de los diversos modelos de coordinación asistencial, cuáles son actualmente las alternativas a la hospitalización y, por último, una mesa dedicada al análisis de la asistencia urgente a todos los niveles asistenciales. Destacar también que por primera vez tiene lugar una mesa patrocinada por proveedores de material sanitario, como ocurre con la mesa "Costes y evaluación económica de tecnologías sanitarias".

Además, están los Talleres sobre sistemas de información de los servicios de enfermería, externalización de la gestión de los servicios centrales, gestión por procesos en atención primaria y una incursión en la medicina privada, con el sugerente título de *Medicina privada: ¿damos lo que vendemos?*

### **¿Qué personas los exponen?**

De acuerdo con el objetivo de coordinación entre el mundo de la gestión y de la clínica, hemos procurado que en todas las mesas haya representación de ambos. Esperamos poder analizar los problemas, en

conjunto y con la aportación de los diferentes puntos de vista de cada uno.

### ¿A quién van dirigidos estos contenidos?

A todas las personas dedicadas al mundo sanitario. El proceso es el resultado final sobre el que intervienen todos y cada uno de los estamentos sanitarios: gerentes de hospitales, gerentes de área, directores de gestión.

Si nos viésemos obligados a escoger a un solo colectivo sobre el que volcar nuestros esfuerzos para que asistiese, éste sería el de los clínicos. Esto debido a que los profesionales de la gestión ya acuden de forma habitual a las Jornadas, y creemos que la incorporación de los primeros enriquecería de forma notable los resultados.

### ÁREA TEMÁTICA: PERSONAS

Coordinadora del Área: Esther Fernández

TALLERES	
Nombre	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ORGANIZATIVO
Objetivo	Aprender a abordar un programa de gestión del conocimiento.
Contenido	Corta exposición teórica y trabajo práctico de los asistentes.
Nombre	EL COSTE DE NO GESTIONAR LA COMUNICACIÓN
Objetivo	Exponer de manera original el coste que supone a nuestras organizaciones la mala o nula gestión de la comunicación.
Contenido	Taller creativo.
Nombre	LOS CIUDADANOS Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA
Objetivo	Explorar cómo los usuarios o los pacientes pueden intervenir en la asignación de recursos y gobernabilidad de las instituciones y centros sanitarios.
Contenido	Mesa clásica.
Nombre	PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
Objetivo	Dramatización de una consulta introduciendo los elementos propios de los nuevos pacientes: información de Internet, cuestionamiento de alguna prescripción, pactos de cumplimiento ("concordante")...
Contenido	Taller creativo.
Nombre	ADAPTACIÓN A LAS NUEVAS FORMAS EN LA RELACIÓN SANITARIA
Objetivo	Dar a conocer las diferentes herramientas, tecnologías y funciones facilitadoras de esta relación.
Contenido	Exposición de experiencias reales de gestión de pacientes.



## MESAS

Nombre	<b>EL ESTATUTO MARCO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>
Objetivo	Dar a conocer cómo han recibido las comunidades autónomas la nueva ley del Estatuto Marco.
Contenido	Desde el análisis del contenido del Estatuto a la visión del mismo por las comunidades autónomas.
Ponentes	José Pedro Bravo Castrillo. Director de Recursos Humanos SACYL. M.ª Jesús Múgica. Directora de Recursos Humanos. Servicio Vasco de Salud OSAKIDETZA. Juan Ramón Artiga Guerrero. Director de Recursos Humanos del Servicio Aragonés de Salud. Ignacio de Lema Piñeiro. Director de Recursos Humanos del Servicio Gallego de Salud.
Moderadora	M.ª Fuencisla Olmos Santos. Directora General de RR.HH. del SESCAM.
Nombre	<b>EL PROFESIONAL DEL FUTURO</b>
Objetivo	Analizar si la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias responde a la necesidad de nuevas categorías profesionales, nuevas formas de trabajo, nuevos perfiles. Adaptación de los profesionales a las demandas del paciente del futuro.
Contenido	Desde el análisis del contenido de la LOPS a las nuevas necesidades del siglo XXI.
Ponentes	Javier Rubio. Subdirector General de Ordenación Profesional del M.º de Sanidad y Consumo. Juan Miguel González. Adjunto a la Secretaría General de FEDERAC. Pablo Calvo Sanz. Director de Gestión del Hospital Ramón y Cajal.
Moderador	Rafael Burgos Rodríguez. Director de Personal del Servicio Andaluz de Salud.
Nombre	<b>MODELOS DE CARRERA PROFESIONAL</b>
Objetivo	Dar a conocer los diferentes modelos de carrera profesional y generar un debate encaminado a compartir experiencias.
Contenido	Presentación de diferentes modelos de carrera profesional.
Ponentes	
Moderador	
Nombre	<b>LA ATENCIÓN SANITARIA EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES, LOS MÉDICOS Y LOS GESTORES</b>
Objetivo	Dar a conocer los puntos de vista de los distintos actores de la sanidad sobre la posible repercusión de las transferencias en la atención sanitaria de la población.
Contenido	Analizar las distintas opciones, coincidencias y divergencias expresadas por cada uno de los ponentes.
Ponentes	José Antonio Romero. Presidente de la Federación Nacional de Alcer (enfermos renales).
Moderadora	Victoria Ureña Villardell. Coordinadora de Calidad del Hospital Ramón y Cajal.
Nombre	<b>DE LA REALIDAD ACTUAL AL PACIENTE DEL FUTURO</b>
Objetivo	Dar a conocer la realidad actual de los pacientes, su evolución y la división del futuro.

.../...

.../...

Contenido	Nuevas tecnologías de la información, accesibilidad a la información sanitaria, la inmigración como realidad demandante de cobertura sanitaria, del garante de la decisión al paciente autónomo.
Ponentes	Ilmo. Sr. D. José Chamizo. Defensor del pueblo de Andalucía. Dr. D. Albert Novell. Fundación Biblioteca Josep Laporte. D.ª Teresa Tavora. Jefe de Servicio de Atención al Usuario del Hospital Gregorio Marañón.
Moderador	Francisco Cárceles. Director Gerente del Hospital Marqués de Valdecillas.

## ÁREA TEMÁTICA: RESULTADOS

Coordinadora del Área: **Paloma Alonso**

### SUBÁREA TEMÁTICA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

#### MESA 1

Evaluación de resultados y organización en las Áreas Asistenciales:  
¿realidad o ficción?

**Objetivo:** presentar diferentes experiencias de cómo se mide el resultado en distintas áreas, el impacto que produce en la organización, y su potencia para inducir cambios en estructuras y procedimientos.



*E. Fernández, S. Arzua, S. Alonso, L. Rodríguez, J.M. Baltar.*

Moderador: **Pere Soley Bach**. *Director Gerente Hospital Universitario de Bellvitge*

Ponentes:

**Jon Darpón Sierra**. *Director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza A. Primaria*

**Xavier Corbella Virós**. *Subdirector Médico Área de Urgencias. Hospital Universitario de Bellvitge*

**B. Valdivieso**. *Hospital La Fe de Valencia. Hospitalización a domicilio*

**Joaquín Carmona**. *Director General de Asistencia Sanitaria. Área Quirúrgica. Servicio Andaluz de Salud*

## SUBÁREA TEMÁTICA: CALIDAD

### MESA 2

¿Calidad de la gestión o gestión de la calidad?

**Objetivo:** cómo medimos la calidad y cuáles son sus indicadores en cada uno de los ámbitos: asistencial, docente e investigador.

Moderadora: **Paloma Alonso Cuesta**. *Subdirección General de Relaciones Internacionales. Ministerio de Sanidad y Consumo*

Ponentes:

**“Investigación”**

**J.J. Navas Palacios**. *Director de la Dirección Científica del Departamento de Salud*

**“Calidad Asistencial”**

**Javier Rodríguez Asturias**

**“Calidad Docente”**

**José María Rivera**. *Sociólogo*

**“La medición de la calidad de vida. Utilidad en atención primaria”**

**Luis Lizán**. *Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Castellón*

## ÁREA TEMÁTICA: RESULTADOS

### SUBÁREA TEMÁTICA: CALIDAD

### MESA 3

Seguridad clínica de los pacientes: modelos y experiencias

**Objetivo:** Evaluar las experiencias en marcha en nuestro medio sobre seguridad clínica.



F. Cárceles, F. Rubio, J.M. Baltar.



R. Gálvez, L.R. Padial, F. Cárceles.

Moderador: **Alfonso Florez Díaz.** *Director Gerente del Hospital San Agustín de Avilés*

Ponentes:

**Pedro Ruíz López.** *Coordinador de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre*

**Joan Escarrabill Sanglas.** *Director de Programas. Hospital Universitario de Bellvitge*

**Jesús Aranz Andrés.** *Univ. M. Hernández Alicante*

## SUBÁREA TEMÁTICA: PRODUCTOS SANITARIOS

### MESA 4

¿Es útil la calidad de vida como evaluación del resultado de salud?

**Objetivo:** conocer la utilidad del uso de herramientas de medición de calidad de vida relacionada con la salud en el ámbito clínico y su aplicabilidad en la gestión sanitaria.

**Contenido:** exposición de tres experiencias de uso de herramientas de medición de calidad de vida relacionada con la salud, como medidas de resultado, y su implicación en la gestión.

Moderador: **Gonzalo Castillo de la Arena.** *Director Gerente. Hospital de Galdakao*

Ponentes:

**"Uso de herramientas de medición de calidad de vida en pacientes con pluri-patologías"**

**Ernesto de Villar.** *UCA. Hospital de Tomillar. Andalucía*

**"Uso de herramientas de medición de calidad de vida en reumatología: su aplicación a la gestión"**

**Montserrat Núñez.** *Servicio de Enfermedades del Aparato Locomotor*

Instituto Clínico del Aparato Locomotor/Reumatología. Hospital Clínico de Barcelona

**“Análisis coste-efectividad de la Medicina Intensiva”**

**José Manuel Rodríguez Roldán.** Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Severo Ochoa de Leganés

**“Red IRYSS. Uso del SF-36 en la evaluación de resultados en la prótesis de cadera, en el ámbito de los contratos programa”**

**José M.<sup>a</sup> Quintana López.** Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao. País Vasco

SUBÁREA TEMÁTICA: COSTES

**MESA 5**

Luces y sombras de los modelos de financiación hospitalaria y de la atención primaria

**Objetivo:** la evolución de los sistemas de financiación hospitalaria no ha seguido en general en estos últimos años las líneas previstas de relación estrecha entre actividad/producción y financiación. Esta situación genera incertidumbre y dificultades en el proceso anual de planificación de objetivos. En esta mesa se trata de reflexionar desde la perspectiva gerencial sobre los modelos de financiación deseables desde la perspectiva de las organizaciones proveedoras de servicios.

Moderador: **Ramón Gálvez Zaloña.** Director Gerente. Complejo Hospitalario de Toledo

Ponentes:

**Antonio Pérez Rielo.** Director Gerente. Hospital Costa del Sol Andalucía

**E. Ricci Voltas.** Directora Gerente. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

**Helena Ris Romeu.** Directora Gerente. Consorcio Hospitalario Parc Taulí. Sabadell

SUBÁREA TEMÁTICA: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

**MESA 6**

¿Existen evidencias de mejores resultados en las Unidades de Gestión Clínica y Direcciones Clínicas frente al modelo tradicional de servicio clínico?

Moderador: **Miguel A. Asenjo.** Hospital Clínico de Barcelona. Director Técnico

Ponentes:

**M. Huguet.** *Director División Hospitalaria. Instituto Catalán de Salud*

**“La medida de los resultados de la atención sanitaria: perspectivas desde la gestión sanitaria”**

**Salvador Peiró.** *Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Red IRYSS*

**J.J. Caramés.** *Director Gerente. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña*

**Jesús Martino Sánchez-Rodríguez.** *Director Gerente. Complejo Hospital General de Albacete*

## TALLERES

### TALLER 1

Herramientas para la gestión clínica.

Coordinadores:

**Pablo López Arbeloa**

**Luis García Eroles**

### TALLER 2

Evaluación y gestión de procesos asistenciales integrados.

Coordinadores:

**Elvira Fernández de la Mota.** *Jefe de Servicio de Procesos Asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*

**José M.ª Mayoral Cortés.** *Coordinador de la Unidad de Procesos Asistenciales. Servicio Andaluz de Salud*

### TALLER 3

¿Es inevitable el aumento descontrolado del gasto farmacéutico?  
Estrategias de racionalización.

Moderadores:

**Alicia Aguilar Muñoz.** *Jefa de Servicio de Asistencia Farmacéutica. Servicio Andaluz de Salud*

**Benito Dorantes Calderón.** *Jefe de Servicio de Suministros Farmacéuticos. Servicio Andaluz de Salud*

### TALLER 4

Propuestas para el desarrollo de una práctica asistencial basada en la evidencia en los hospitales.

**Objetivo:** reflexionar y proponer una serie de medidas para impulsar la práctica de la medicina basada en la evidencia en España.

Coordinador:

**Xabier Bonfill Cosp.** *Director del Servicio de Epidemiología. Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*

#### **TALLER 5**

¿Es viable la gestión clínica en el marco organizativo actual de las organizaciones sanitarias? Requisitos y condicionantes fundamentales.

**Objetivo:** establecer un consenso entre los participantes sobre los requisitos básicos que se deben abordar desde las organizaciones para conseguir la viabilidad de la implantación de la gestión clínica.

Coordinador:

**Vicente Ortún Rubio**

#### **TALLER 6**

Metodología de evaluación de resultados a través de la percepción del paciente.

Coordinador:

**José M.<sup>a</sup> Quintana.** *Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao*

## Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACION SIGNO. Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6-J . 28020-Madrid  
Tfno.: 91 579 58 32. Móvil: 629 685 190  
E-mail: secretaria@fundacionsigno.com

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica la cesión de derechos de reproducción a la Fundación Signo.

## Tipos de artículo

- **Originales:** trabajos de Investigación relacionados con la gestión en el ámbito sanitario.
- **Puntos de encuentro:** reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y “productos” que mejoren la gestión sanitaria.
- **Otras colaboraciones:** reseñas, trabajos de opinión o actualidad que, por el interés de su contenido, deban ser publicados.

## Presentación y estructura de los artículos

- **Título:** título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).



- **Resumen y palabras clave:** el número de palabras clave oscilará entre tres y cinco.
- **Abstract & key words:** en hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras clave al inglés, incluyendo el título del trabajo.
- **Citas bibliográficas:** las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- **Tablas:** deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.
- **Ilustraciones:** bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto. La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro.

### El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la revista que editemos durante el año 2003.

2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.

Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria.

Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

### suscripción revista *gestión y evaluación de costes sanitarios club signo*

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF:	
Domicilio:		C.P.:	Población:
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:		Prof./Cargo:	

Sí, deseo recibir la revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).

Suscripción personal: 35 euros/año  
(1 ejemplar de cada revista y cada suplemento)

Suscripción institucional: 180 euros/año  
(Recibirá 5 suscripciones personales)

#### FORMAS DE PAGO

**Transferencia:** N.º cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061

**Domiciliación:** datos de banco para domiciliación anual:

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Titular:		Ruego que, con cargo a mi cuenta, atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

**Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:		Número de tarjeta:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.

C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32/629 685 190 • www.fundacionsigno.es • e-mail: secretaria@fundacionsigno.com