

Mesa de debate: Las TIC al servicio del paciente: experiencias de implementación



De izquierda a derecha: Jordi Casanovas, Santiago Rabanal, Juan Coll y Julio Mayol.

Participantes:

Juan Coll Clavero. Jefe de Informática. Unidad de innovación y Tecnología. Hospital de Barbastro. Aragón

Julio Mayol Martínez. Director de Innovación. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Jordi Casanovas Font. ABS Vic Sud CAP El Remei. Cataluña

Moderador: **Santiago Rabanal Retolaza.** Gerente. Hospital Universitario Cruces. País Vasco

Cuestiones planteadas

- ¿Qué resultados se están obteniendo con la incorporación de las TIC?
¿Cómo las perciben los pacientes?
- ¿Qué mejoras se obtienen en la asistencia con las TIC? ¿Se están evaluando económicamente?
- ¿Condiciona la edad avanzada del paciente y/o la cronicidad de su enfermedad la aplicación de las TIC?
- ¿Se están teniendo en cuenta los distintos perfiles de los pacientes para prestarles unos servicios adaptados a sus necesidades?

S. Rabanal: Nuestras organizaciones, históricamente, se han ido montando teniendo en cuenta nuestras necesidades. Hemos montado servicios en base a distintas especialidades, casi siempre teniendo solo en cuenta cuáles eran nuestras necesidades, y el paciente se ha ido adaptando. Desde hace años, por lo menos 15, se empieza a hablar de que el paciente debe ser el centro de nuestras organizaciones. La sensación de la mayoría es que, salvo contadas excepciones, eso no ha pasado. En los últimos años, un poco debido a los cambios demográficos, la crisis económica, estos cambios se han acelerado: casi todos los sistemas de salud, organizaciones, estamos intentando transformar nuestro modelo de trabajo: haciendo integraciones entre Atención Primaria y Atención Especializada, estamos, y es un poco el motivo de esta mesa, implementando distintos modelos de trabajo basados en las tecnologías de la comunicación.

“Desde hace años, por lo menos 15, se empieza a hablar de que el paciente debe ser el centro de nuestras organizaciones. La sensación de la mayoría es que, salvo contadas excepciones, eso no ha pasado”

Santiago Rabanal Retolaza

Queremos debatir si, con estos nuevos modelos, hemos tenido en cuenta cuáles son las expectativas de los pacientes o seguimos haciendo lo mismo. En el caso de los profesionales, desarrollar nuevos proyectos o programas que les permitan atender a los pacientes de una forma mejor pero adaptada a las necesidades de ellos. Pero ¿y los pacientes? Lo que estamos haciendo con las tecnologías de la comunicación, ¿nos sirve para mejorar lo

que les damos? ¿Están conformes con los programas que estamos montando o no? ¿Estamos de verdad intentando modificar nuestras organizaciones teniendo en cuenta al paciente y llevando a la práctica eso de que el paciente es lo primero? De verdad, lo que estamos implementando en TIC con los pacientes, son programas que, además de cubrir, desde el punto de vista sanitario, las necesidades que tenemos, cubren las necesidades, expectativas, de los pacientes y se encuentran cómodos con esas tecnologías. Lo que estamos implementando, haciendo programas piloto en muchas patologías, poniendo sistemas de comunicación remota con los pacientes... ¿está dando resultados? ¿Tenemos resultados satisfactorios de las experiencias? ¿Lo estamos evaluando desde el punto de vista asistencial? ¿Cómo lo perciben los pacientes?

J. Mayol: ¿Qué resultados se están obteniendo en la utilización de las TIC? Las TIC son algo tan amplio que tener una opinión sobre el global resulta complicado. Hay que diferenciar lo que consideramos historia clínica electrónica, que es básicamente, como indicaba el Dr. Rabanal, para solucionar nuestros problemas, no tener tanto papel, tener todo en gestores documentales, con excepciones, pero fundamentalmente la historia electrónica actual es un gestor de documentos, de PDF, de los que se puede extraer todavía poco conocimiento y dato. Todo el mundo de las TIC, que se asoció después con la aparición de la web 2.0, de las redes sociales y de las aplicaciones móviles, toda esta gran tendencia, donde entran Google, Apple y las grandes compañías, con los datos de los pacientes, si tenemos que ser sinceros, los pacientes deben tener una impresión, sobre lo que tenemos tecnológicamente, muy superior a lo que es la realidad. ¿Qué resultados estamos obteniendo? La

pregunta es ¿sobre qué?, ¿sobre resultados en los pacientes? ¿Qué son mejores resultados en salud, mejor calidad percibida sobre su propia salud? Poco. La mayoría de resultados que tenemos son sobre los procesos, lo que nosotros hacemos. Realmente, si miran las misiones de sus organizaciones, normalmente estas misiones se definen como la provisión de servicios. Por tanto, como son organizaciones que no están centradas en el paciente, sino en nuestra propia labor de proveer servicios sanitarios, los resultados que tenemos son aceptables para gestionar nuestros servicios; poca información relevante en cuanto a resultados en los pacientes.

J. Coll: Para saber qué nos aporta tenemos que focalizar y centrarnos en qué es lo que estamos mirando. Voy a enfocar mi respuesta desde salud electrónica y contextos. Una misma medida no impacta igual a una orilla que a otra del Atlántico. Los modelos de provisión son diferentes y el contexto marca las diferencias importantes. Cuando hablamos de salud electrónica nos encontramos un mundo porque se trata de introducir las nuevas tecnologías en la praxis asistencial o preventiva o rehabilitadora. En los servicios de primera generación sí que tenemos algún *output* claro. En los servicios de primera generación (telemedicina básica, consultas simples, teleconsulta con el paciente y de teleconsejo interconsulta entre profesionales), hay bastantes evidencias que nos dicen que se genera muy buena satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, y donde más nos está aportando es en la calidad percibida por el paciente.

La otra parte del binomio sería la sostenibilidad. ¿Cuál es la clave? La accesibilidad. Estamos acercando los servicios a los ciudadanos, ven que son más accesibles, y, si lo miramos desde



Juan Coll Clavero

el punto de vista reglamentario, además estamos trabajando el concepto de equidad. Estamos en mi contexto, en esta provincia y en su contexto rural, donde hay una población muy dispersa y un entorno rural, que no dispone de los mismos servicios y oferta. Destacar que las TIC nos permiten coger cargas de trabajo de los entornos que están muy saturados, en los entornos urbanos, y desplazarlas, enlazarlas, y llevarlas a entornos rurales donde al mismo tiempo estamos justificando ese recurso, y afianzando la población en ese sitio.

Después, si nos vamos a soluciones de telemonitorización, ya son teleconsultas enriquecidas con señales que vienen de dispositivos. Ahí ya empezamos a hablar de los beneficios y de lo que estamos obteniendo, transferencia del conocimiento que se va a traducir en una activación y capacitación de ese paciente; creo que en eso sí que hay consenso. En el ámbito preventivo la monitorización también aporta, porque transmitimos las competencias; sacamos la toma de constantes del entorno profesional y lo llevamos al personal, del ciudadano, hacemos esa transferencia, y eso lleva capacitación. Y eso es, en definitiva, *empowerment*. En el ámbito preventivo está claro, porque estamos trabajando

el tema del diagnóstico precoz en el seguimiento de los crónicos y en un seguimiento más exhaustivo, en el cual también hacemos *screening* de comorbilidad. Y estamos generando unas relaciones de seguridad, dando sensación de seguridad al paciente en el seguimiento, porque podemos conseguir generar un entorno de confianza con el paciente, a través de la monitorización, en el cual la decisión de utilización de los servicios sanitarios se desplaza del paciente, desde un punto de vista subjetivo (él acude cuando quiere), a dejarlo en manos de la propia organización sanitaria. Él aún no ha tenido un síntoma y somos capaces de intervenir. Hemos cambiado una frecuentación subjetiva por una objetiva. Y esto es importante porque se traduce en una moderación.

“En los servicios de primera generación hay bastantes evidencias que nos dicen que se genera muy buena satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, y donde más nos está aportando es en la calidad percibida por el paciente”

Juan Coll Clavero

Por un lado, somos más exhaustivos en el seguimiento y podemos esperar un pico de demanda que vamos a rentabilizar, porque acude cuando nos necesita, de esa manera conseguimos llevar actividad de Atención Especializada de descompensación al ámbito preventivo. No resolvemos una Especializada pero hacemos una transferencia para que se resuelva en Atención Primaria. Y de manera programada, urgente. Luego tendríamos otros servicios de tercera generación en los que lo único que hacemos es ver, porque son de futuro, y aquí tenemos un predominio del componente virtual.

Vamos a evolucionar a que crezca el componente virtual de nuestras organizaciones y otro componente es el aprovechamiento de los datos; cada vez tenemos más datos, el *big data*, y de ahí se va a desarrollar todo el *business intelligence*. Vamos a hacer muchos sistemas de DSS (sistemas de decisión), de ayuda a la decisión y de inteligencia artificial que luego veremos cómo los mantenemos.

J. Casanovas: Cuando diseñamos nuestra plataforma, que se llama Canal Paciente, una plataforma de relación con el paciente, nos impulsó a hacerla el propio usuario. Nos mandaban mails para comentarnos cosas leves de salud, nos contaban que querían tener acceso a ciertas características de su historia clínica, participar enviándonos informes o datos que tenían... Montamos esto a su petición. Cuando se diseñó el instrumento hubo unos seis meses de prueba, con 20 o 25 pacientes, que nos daban *feedback* de lo que íbamos implantando. Es importante involucrar a los pacientes en la planificación de cualquier instrumento en el que él sea el núcleo.

En cuanto a resultados, llevamos casi dos años con la plataforma. Tenemos aproximadamente el 7% de nuestra población adscrita dentro de la plataforma. Actualmente son 1700 pacientes, la mayoría activos (el 80%); un 13% son mayores de 60 años y un promedio de 52 gestiones cada día. ¿Qué hacen los pacientes en la plataforma? Comunicarse por correo electrónico de una forma segura, acceder a su historial clínico, imprimirse analíticas, imprimir la receta electrónica, la gestión de la incapacidad temporal, imprimir partes, copia de la baja y controles de salud. Además, se inscriben en talleres que se hacen en nuestro centro. Es decir, es una plataforma muy interactiva en cuanto a nuestra relación con el

paciente. Después de hacer interacción con ellos y preguntar, los puntos fuertes son: la plataforma hace que seamos accesibles; contestamos a los mails o resolvemos problemas todos los días, a cualquier hora, porque es más fácil; por la movilidad, tienen facilidad de movilidad con cualquier dispositivo electrónico, el tiempo de respuesta es poco, la facilidad de comunicación es importante. Y, en puntos débiles, se quejan de excesiva seguridad de acceso, les cuesta; tenemos acceso por pin, por *password* seguro, se les olvida y hay una sistemática un poco complicada para poder renovarlo; a veces los problemas son de funcionamiento.

S. Rabanal: Una de las cosas que me preocupan es que estamos implantando plataformas en las que hay una relación bilateral entre el paciente y los profesionales, se está generando información clínica que puede tener trascendencia en el futuro de ese paciente, ¿estamos integrando la información que generan esas plataformas en la historia electrónica del paciente, y, si no, cómo lo podríamos integrar?

J. Mayol: Si buscamos estudios muy reducidos, un piloto, seguro que se integran. Pero somos 48 millones de habitantes en el país y la capacidad de que los datos generados por los pacientes se integren en su historia clínica electrónica es 0,00003. Por eso, cuando hablamos de cómo lo perciben los pacientes, tenemos que tener en cuenta el global, los 48 millones, y no hay capacidad. No es que no haya capacidad tecnológica, no es un problema tecnológico, es de modelo y social: no tenemos un modelo diseñado ni a todos los actores del sistema convencidos de que se puede hacer. Globalmente, tecnológicamente, sí. La realidad se hace solo en honrosas excepciones: 0,00003.



Santiago Rabanal Retolaza

J. Coll: La necesidad existe, cualquier innovación que no se integre en la historia clínica electrónica no tiene futuro, es una información que se queda en un nicho, y no tiene sentido. Estoy de acuerdo con Julio: tenemos normas, desde el punto de vista tecnológico, para hacerlo, hace falta voluntad para acometerlo; todos los temas de interoperabilidad semántica están muy regularizados y están descritos, es cuestión de aplicar una norma que se conoce, lo sabe todo el mundo. En todas las comunidades hay alguna experiencia, pero no pasa de un piloto. Es un tema importante a debatir para sensibilizar y que podamos empujar todos en ese sentido.

J. Casanovas: Estoy de acuerdo, es un tema complicado y difícil, pero de todas formas pensamos que este era un tema clave, es decir, involucrar al paciente con un *feedback* con su médico, su historia clínica, sus problemas crónicos, sus necesidades preventivas, y que él pueda alimentar la historia clínica con sus propios datos; es importante y va a seguir. Nosotros lo incorporamos a la plataforma, con las dificultades técnicas que esto tiene. De hecho, lo que hace es enviarnos

datos, los validamos y se incorporan a la historia clínica y se consideran como que se han enviado al paciente, los ha registrado el profesional asistencial. Y, en cuanto al modelo, es correcto, las experiencias piloto están muy bien, pero si no se pueden generalizar... Estamos trabajando con el Departamento de Salud de Cataluña para hacer una plataforma parecida a la nuestra, para poner al alcance de todos los usuarios características parecidas a esto, de forma que un usuario pueda entrar con un *password* robusto, e interactuar igual que actúa con el sistema de Atención Primaria, con la historia clínica compartida que tenemos en las comunidades autónomas.

S. Rabanal: Me preocupa si estamos evaluando económicamente lo que estamos instalando. Somos organizaciones en las que la cultura de la evaluación económica no existe. Hemos puesto tradicionalmente nuevos modelos de atención, equipamientos, la última tecnología y no evaluamos si eso... bueno, solemos evaluar, no siempre, pero no evaluamos, desde el punto de vista asistencial, si es un avance. A veces son tecnologías que asistencialmente no nos hacen avanzar, pero lo que casi nunca hacemos, como dice Julio, el 0,00003, es evaluar económicamente las nuevas tecnologías que implantamos.

"Involucrar al paciente con un feedback con su médico, su historia clínica, sus problemas crónicos, sus necesidades preventivas, y que él pueda alimentar la historia clínica con sus propios datos, es importante"

Jordi Casanovas Font

Ahora estamos en plena efervescencia de las TIC, gran parte viene dada por la preocupación que tenemos por la

sostenibilidad de nuestro sistema. Es evidente que si montamos un sistema basado en TIC, que nos da unos resultados parecidos o algo mejores que lo que estamos obteniendo con sistemas tradicionales, pero es mucho más caro, deberíamos desmontarlo. Vamos instalando modelos de atención que, en vez de llevarnos a sostener nuestro sistema sanitario, están acelerando que no sea sostenible. ¿Estamos evaluando económicamente lo que estamos haciendo?

J. Mayol: No lo estamos evaluando. ¿Deberíamos evaluarlo? Sí. El problema no son los gestores, es entre políticos y profesionales. Y los pacientes estarían encantados con que les dijéramos cuál es el valor por el que están pagando, pero no se lo solemos decir. ¿Hay herramientas? Sí, pero como las instituciones están centradas en los servicios que proveen, miden solamente los servicios que proveen, no ven el proceso globalmente, con lo cual puedes tomar medidas que te salgan rentables a corto plazo, igual que las encuestas de calidad, que siempre sale un 80% favorable, pero que cuando pasan diez años y te das cuenta de que tienes almacenada gran cantidad de datos que tienes que seguir manteniendo, no has considerado que eso supone un gasto recurrente, como consecuencia de que tienes que mantener esos datos en unos archivos de papel como los actuales. Eso en cuanto a la historia clínica.

En cuanto al impacto de las TIC, como las App, estamos generando otra cultura de prestación de servicio, pero no de resultados en salud, con lo cual estamos incitando a más demanda de servicio, no de resultado; si no hacemos un análisis completo, no solo del retorno de la inversión, sino del retorno social de la inversión, de lo que eso produce socialmente, nos vamos a quedar cortos y a creer que resultados

en estudios pequeños son extrapolables a todo el sistema, con los mismos costes calculados en entornos reducidos, con lo cual corremos un enorme riesgo de hacer mal las cuentas.

J. Coll: Mi visión es la de un responsable de una Unidad de Innovación. ¿Todo debemos evaluarlo y cuantificarlo o hay evidencias antes de evaluar? Soy defensor de que las cosas hay que evaluarlas siempre que no sean evidentes. Voy a poner un caso: el código ictus. Hacer una consulta remota en ese caso, cuando no dispone de recursos en local, es evidente que te permite tener o no una prestación, y que tener esa prestación, si no recurre a las TIC, para generar esa consulta en tiempo real, te supondría montar un servicio *in situ* con unos costes. Hay una problemática para evaluar, no tenemos metodologías descritas. Nos hemos encontrado con las TIC pero al tratar de evaluar hay una enorme complejidad. Y, cuando te metes en el contexto, vamos a evaluar, por ejemplo, una solución de teledermatología, no somos capaces de evaluarla. Lo que hemos hecho es abordar el proceso de evaluar la teledermatología apoyada en dermatoscopia para patología tumoral pigmentada localizada, y en un contexto determinado.

Y ahí sí que sabemos, cuando hacemos esa evaluación, que para ese tipo de pacientes tenemos una efectividad en la teleconsulta síncrona, se resuelve en Primaria con una teleconsulta síncrona entre un 77% y 83%. Lo hemos evaluado, pero eso no es extrapolable, nos sirve solo para ese contexto. Y en unas determinadas condiciones, porque eso va variando a lo largo del tiempo, vamos haciendo una transferencia de conocimiento, y al final no tendremos la misma demanda que teníamos al principio, todo esto es variable, hay una complejidad importante. Nuestra estructura de costes nos sirve



Julio Mayol Martínez

para nosotros, pero es muy difícil extrapolarla a otra organización, porque no todos somos iguales de eficientes o no eficientes. Es complejo, no tenemos metodologías desarrolladas y tenemos que ir diseñando y aprendiendo sobre la marcha. Nosotros, en monitorización de crónicos estamos desde 2008 buscando un modelo de negocio que lo haga sostenible y que sea coste-efectivo. Hemos dado pasos: empezamos con un 35% de pérdidas, por paciente y año, en el grupo que poníamos la tecnología, y estamos en una horquilla en la cual tenemos pacientes poco activados, un 16% de pérdidas, pacientes activados y con un *call center* que funciona con un 36% de beneficio, pero aún tenemos una incertidumbre y que seguir midiendo.

Clásicamente, hemos incorporado lo que son los ensayos clínicos aleatorizados para evaluar las tecnologías, y la comorbilidad no la podemos controlar, no podemos hacer unos macroensayos con una potencia suficiente como para poder controlarla. Invertimos muchas energías que después tampoco recuperamos a la hora de obtener resultados. ¿Cómo tenemos que evaluar? Esa responsabilidad la

tienen las unidades de innovación, de llevar las unidades de innovación sobre el terreno, el propio proveedor, la propia organización. Ellas son las que son capaces de esas metodologías y de poder aportar resultados, pero el problema que tenemos, y lo que nos está frenando, es que no evaluamos, porque no se ha generado el debate de cómo crear y cómo estructurar la innovación dentro de los proveedores. Muchas veces la estamos sacando fuera, intentando reproducir sistemas de investigación que para nada sirven para la innovación y lo estamos concentrando fuera de las organizaciones, del proveedor. Este es un debate que, con la coyuntura en la que estamos y con toda esta efervescencia, se debería abrir.

J. Casanovas: Estoy de acuerdo en que es muy difícil evaluar resultados finales, por la complejidad de todos los instrumentos, aspectos, variables. Es más fácil evaluar resultados parciales, esquematizar un segmento específico. Hemos intentado valorar si lo que poníamos en marcha funcionaba. Con Canal Paciente, y otras medidas para gestionar la demanda, hemos bajado un 8% el total de consultas a los profesionales de Atención Primaria en los últimos dos años, en concreto las presenciales han bajado un 11% y las no presenciales han subido un 11%. Si el tiempo de los profesionales dedicado a hacer no presenciales es la mitad del de las presenciales, en dos años hemos ahorrado el 5% del tiempo de atención a los pacientes.

“Me preocupa si estamos evaluando económicamente lo que estamos instalando. Hemos puesto tradicionalmente nuevos equipamientos, la última tecnología y solemos evaluar, no siempre, pero no evaluamos, desde el punto de vista asistencial, si es un avance”

Santiago Rabanal Retolaza

S. Rabanal: Teniendo en cuenta que gran parte de los nuevos modelos asistenciales basados en TIC están dirigidos a pacientes crónicos y estos, en una parte importante, son pacientes de edad avanzada, ¿la utilización de las TIC en una persona de edad avanzada supone una barrera de acceso o no? ¿Cómo lo visualizan? Si es una barrera, ¿cómo habría que plantear que estas herramientas tienen que tener para esa población un soporte diferente al de las tecnologías de la comunicación?

J. Mayol: La edad avanzada y la comorbilidad que se asocia son barreras. Si consideramos el teléfono como una TIC, menos, pero claro, si uno empieza a ver las Google Glass, los Fitbits y demás, parece que sí. A veces consideramos que estar enfermo es como una forma de estar en el mundo. O sea, que los pacientes son una cosa que hay ahí fuera y los demás no vamos a estarlo nunca. Pero cuando se está enfermo, crónicamente enfermo, esperar que el ciudadano interactúe a través de 50 App con el sistema de información, especialmente si tienes artrosis y tienes que estar metiendo con el teléfono los datos que va a utilizar otro... Lo vemos muy poco.

El modelo actual que se plantea, de monitorización o en casa hacer rehabilitación con la Kinet, no responde a las necesidades no cubiertas de los ciudadanos. Creemos mucho más firmemente en lo que llamamos “medicina transparente”, no podemos medicalizar más a los pacientes haciéndoles dependientes además de la tecnología que nos va a dar información a nosotros para que luego interactuemos con ellos. Seguimos obsesionados con el servicio, medimos si nos disminuye o aumenta consultas, pero no medimos si los pacientes están mejor o más contentos. Necesitamos tecnologías y modelos sociales, modelos de negocio

que hagan que los ciudadanos no tengan que estar tan pendientes, ni del sistema sanitario ni de su salud, y nos resulta difícil medir porque no tenemos el objetivo definitivo. Como no tenemos el objetivo definitivo, qué resultados en salud queremos obtener, no llegamos a ningún sitio. Si no definimos dónde queremos llegar, ser mayor, tener comorbilidades, enfermedades crónicas, montar una estrategia de crónicos..., todo eso, no sirve para nada. ¿Dónde queremos llegar con los pacientes crónicos? ¿Qué objetivos de salud queremos conseguir? Cuando lleguemos a un acuerdo para tener eso, las barreras serán menores, pero mientras no tengamos eso definido, las barreras serán todas.

J. Coll: En la edad de los pacientes nuestra experiencia es de soluciones muy básicas, de telemedicina. No ha supuesto ninguna barrera, los pacientes se han incorporado. ¿Por qué? Porque vivimos en un país mediterráneo, los pacientes, aunque sean mayores, viven en un entorno familiar o tienen cuidadores informales, el vecino y, si hace falta, se arremanga; esto en los países nórdicos es impensable, pero aquí todos tenemos al pariente que es capaz de echar una mano. Y hay otra experiencia, la integración del cuidador, de los cuidadores sociales y sanitarios. Ahí donde no llega un paciente activado tienes el sector social o el tercer sector que es capaz de llegar y solucionar este problema.

J. Casanovas: Estoy de acuerdo, tenemos un 13% de pacientes mayores de 60 años y los que más interaccionan con el sistema son cuidadores o familiares. Realmente hay que tener objetivos finales para poder evaluar. Objetivos finales, en casos de pacientes crónicos, como control de la patología, evitar hospitalizaciones... Para eso se diseñan, y los resultados se verán a largo plazo. Es necesario que la



Jordi Casanovas Font

tecnología se adapte a las características de cada paciente. Dentro de 20 años muchos seremos crónicos y la mayoría tenemos habilidades en el uso de tecnologías. El futuro será la interacción no presencial con los profesionales de la salud en un tanto por ciento muy alto de nuestras actividades.

S. Rabanal: Uno de los problemas, a la hora de implementar nuevos modelos de atención al paciente crónico soportado en tecnologías de la comunicación, es que replicamos modelos de actuación previa, en vez de, en el desarrollo, contar con pacientes de esas patologías para que nos digan si cubre las necesidades y expectativas que tienen, si lo van a utilizar y va a ser útil en el manejo de su enfermedad... Una de las cosas que estamos intentando hacer es activar al paciente, hacerle responsable de su cuidado. Estamos desarrollando modelos asistenciales basados en TIC en los cuales no tenemos suficientemente en cuenta qué es lo que espera el paciente, y eso nos

puede llevar al fracaso. Donde tenemos que empezar a cambiar es en el diseño de esos modelos y en contar con los pacientes para diseñarlos.

J. Coll: No podemos decidir si no tenemos dentro a los agentes sociales y nos marcan cuáles son las necesidades y qué están esperando en ese momento para poder llegar a definir bien los objetivos.

J. Mayol: En cualquier caso, la parte más grande en un sistema sanitario debería ser el autocuidado y los cuidadores. Sin embargo, intentamos hacer más grande la parte de generalistas, especialistas y superespecialistas, metiéndonos en una especie de archipiélagos. Y luego nos dicen que nos tenemos que coordinar. El problema es que realmente las TIC no son más que una herramienta, y si al modelo anterior le ponemos encima la complejidad de la tecnología, lo hacemos tecnológicamente más complejo. No desmontamos la complejidad, que debería ser una misión de los profesionales del conocimiento: simplificar el conocimiento que hemos acumulado para que sea útil al ciudadano. Lo que hacemos es aumentar la complejidad para hacer al ciudadano depender más de los profesionales del sistema. No cambiamos el modelo y lo centramos de verdad en el paciente. La tecnología en pilotos funciona, no hay piloto que no funcione, igual que nadie que publique un estudio que no salga un resultado positivo, y ya pelas tú los *outliers* para que te salga una P menor de 0,05. Cuando damos un salto de fe y lo aplicamos a la realidad, aunque tenemos herramientas, nunca medimos que ocurre, de manera que, si no alcanzamos el *target*, lo que estábamos buscando, corregimos y volvemos a actuar.

“Dentro de 20 años muchos seremos crónicos y la mayoría tenemos habilidades en el uso de tecnologías. El futuro será la interacción no presencial con los profesionales de la salud en un tanto por ciento muy alto de nuestras actividades”

Jordi Casanovas Font

Meter toda la tecnología acoplada a los crónicos está muy bien si vamos a solucionar algún problema, a quitar alguna tecnología, o a cambiar el modelo. Si vamos a hacer lo mismo, es igual que la historia clínica electrónica: lo que hacíamos en papel, lo hemos puesto en ordenador. ¿Qué ocurre? A veces se cae el sistema, un error que se mete en una historia... Antes, en una historia en papel, como era tan grande, alguien cometía un error en una prescripción, y podía traer complicaciones, pero diez años después no se volvía a ver. Ahora, si hay un error en un PDF no lo corrige nadie. Estamos ante tecnologías que introducen modificaciones importantes en lo que deberíamos hacer, pero no lo hemos pensando globalmente. No me estoy refiriendo a que alguien específico no tenga un proyecto específico.

En nuestro hospital hay dos servicios, por ejemplo, que tienen dos sistemas de historia clínica electrónica generados por ellos mismos y basados en datos que les permiten saber en tiempo real cuántos pacientes tienen, en qué situación están, cuántos están de baja... y, además, Primaria está ahí. Esos son dos servicios dentro del Hospital Clínico San Carlos, no es el sistema, y ahora vamos a incorporar un nuevo sistema de historia clínica electrónica que una compañía, en total legitimidad, ha ganado un concurso, con una tecnología de hace diez años, para que todo el mundo se adapte al proceso que dice la historia que hay

que seguir, no para que la historia se adapte a cómo trabajo yo y solucionen mis necesidades, sino cómo modifico mi forma de trabajar para poder rellenar los campos que me pide la historia clínica. La percepción del profesional es: "Esto no está aquí para ayudarme". Y los pacientes terminan pensando: "En realidad es para que mi médico o el sistema tengan datos, no para que me solucionen los problemas", como tú decías. Por tanto, esto no me vale.

J. Casanovas: Sí, a veces solo hablamos del paciente y hay que hablar del otro lado, de los profesionales. De hecho, el éxito de estas plataformas en gran medida depende de la amigabilidad y del uso que de ellas hagamos los profesionales. Realmente los profesionales tienen que sentirse cómodos, tener un fácil acceso, ver que su trabajo en este tipo de sistemas es útil para ellos y sus pacientes y que se considera como una parte más de su trabajo diario, que se les cuantifica como tal.

"Meter toda la tecnología acoplada a los crónicos está muy bien si vamos a solucionar algún problema, a quitar alguna tecnología, o a cambiar el modelo. Si vamos a hacer lo mismo, es igual que la historia clínica electrónica: lo que hacíamos en papel, lo hemos puesto en ordenador"

Julio Mayol Martínez

J. Coll: Introducir en el quehacer diario de los profesionales sanitarios las nuevas tecnologías es introducir innovación organizativa. Tenemos una unidad de innovación en un contexto que es un hospital muy pequeñito, un entorno manejable, trabajamos como sector, tenemos la Atención Primaria y

la Atención Especializada integrada de verdad. Tenemos ubicada ahí la Unidad de Innovación y somos capaces, por tamaño y porque somos remotos, y tenemos gente muy joven, de primer empleo, que nos permite hacer esas modificaciones, esa innovación en organización, y tenemos éxito en la puesta en marcha de nuevos servicios. Porque en la realidad lo que necesitamos es cambiar, modificar la organización y hacer innovación organizativa. Esta es una de las bondades que tiene el sistema de sectores y que nosotros hemos podido evidenciar en Aragón.

S. Rabanal: La última pregunta va en la línea de ver si estamos montando una capa más sobre lo mismo o intentando cambiar de verdad la forma de hacer las cosas en nuestras organizaciones. Hasta el momento tenemos unas organizaciones en las que prestamos el mismo tipo de servicios a toda la población. Yo, una persona sana, tengo el mismo modelo de oferta de Atención Primaria y Especializada que un paciente que tiene la mala suerte de tener siete, ocho o nueve enfermedades crónicas. ¿Se está intentando cambiar eso? ¿Hay comunidades que están apostando por el tema de la estratificación de pacientes? ¿Creemos que debemos ir hacia un modelo en el que tengamos estratificados los pacientes conforme a su fragilidad o comorbilidad y empecemos a cambiar la oferta de servicios? Cambiar la oferta de servicios tanto para el paciente que tiene enfermedades como para el que no. Va mi hijo al médico de familia, dice que quiere hacerse unas pruebas, y no le hacen ni caso porque es sano. Tienen 25 pacientes con mucha patología, pero pierden la oportunidad de captar a una persona para campañas preventivas (drogas, alcohol...) e incluir en el sistema temas preventivos en población sana. Decimos que hay que prevenir, pero si no empezamos a trabajar desde ahora, no lo vamos a

hacer. ¿Esas herramientas nos pueden servir, las estamos utilizando o no? ¿Cómo veis el futuro en ese tema?

J. Mayol: Cada vez está más claro que hay que utilizarlas. Y hay que estratificar. La equidad de acceso es importante, pero la de resultados es más importante, y la única manera es utilizar inteligencia de negocio para saber qué tipo de asistencia tienes que dar a cada grupo de pacientes. Todo el mundo tiene claro que es una necesidad. Otra cosa es que todo esté orientado y funcione en ese sentido, la mayoría de los sistemas nacionales e internacionales van hacia la estratificación y oferta selectiva de tipos y tratamientos específicos.

J. Coll: Estamos todos de acuerdo en que hay un consenso. Otra cosa es que lo utilicemos. Lo estamos utilizando de manera muy incipiente; a ese nivel hemos tenido solo una experiencia a través de la genética y centrados, además, en la nutrigenética. Se está utilizando poco, pero tenemos un campo inmenso para desarrollar.

“En la realidad lo que necesitamos es cambiar, modificar la organización y hacer innovación organizativa. Esta es una de las bondades que tiene el sistema de sectores y que nosotros hemos podido evidenciar en Aragón”

Juan Coll Clavero

J. Casanovas: Correcto. De hecho, precisamente por eso en pacientes crónicos establecidos con un grado de estratificación alto, se montan específicamente para atender al paciente crónico, y en pacientes jóvenes, como tu hijo, que ha tenido suerte el médico de cabecera de verlo, porque la mayoría no vienen, se montan estas historias para

que no tengan ni que venir. Que sepan qué actividad preventiva les toca dependiendo de edad y sexo y si quieren pueden mirárselo en su farmacia o desde sistemas informáticos a distancia.

J. Mayol: Al final no es más que utilizar la medicina poblacional para hacer personalizada. Todo esto que se habla de las 4 P debería ser las 5 P y una de ellas es poblacional. Tienes que utilizar los datos de la población para saber cómo personalizar los servicios que tienes que dar. Esto parece evidente, no es tan fácil llevarlo adelante. Tecnológicamente se puede hacer, pero requiere un modelo un poco diferente.

Turno de preguntas

A. González: He llevado a cabo la coordinación y diseño del modelo no asistencial en Cataluña. Las organizaciones, los diseños de modelos no presenciales, los han hecho los tecnólogos y el que lo utiliza es el profesional. ¿Cómo diseñamos el modelo? Pero en tecnología, y es importante, la persona que la utiliza ha de dar su opinión, y es el paciente. Hay gente joven que no va a los centros, que si tuviera un acceso rápido a su médico, lo haría. Me gustaría que, cuando lo diseñamos, tengamos en cuenta todo el perfil de personas que pueden acceder, que no nos centremos solo en el paciente crónico, sino que pensemos en el gran público al que vamos a dirigirnos.

Participante: Es importante incorporar a la parte de las TIC la formación a los profesionales y usuarios, que la gente esté informada sobre para qué es la herramienta y qué se busca con ella. Hay herramientas para perfil joven muy útiles, pero para mayores pueden ser una barrera. Es importante enfocar la herramienta a cada perfil.

J. Mayol: Nadie ha tenido que enseñar a nadie a utilizar el WhatsApp y es

probablemente una de las aplicaciones médicas más utilizadas en el mundo. La mayoría de las tecnologías de la comunicación deberían ser fácilmente utilizables, y es un criterio que empieza a utilizar la FDA para aprobar sus sistemas, por cualquier profesional. Si es para facilitar el trabajo de los profesionales debemos diseñar herramientas que no requieran una formación.

J. Casanovas: Estoy de acuerdo, las herramientas tienen que ser fácilmente usables, pero tener mecanismos para evitar una mala utilización. En la presencial tenemos que educar a pacientes o usuarios para que la utilicen de forma adecuada.

J. M. Sánchez (gerente del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín); ¿Realmente conocemos la potencialidad de todas estas tecnologías? Porque si no es así, difícilmente podemos meternos en las posibilidades que estas tienen. ¿Se está haciendo algo para trabajar en ese sentido? Porque si no, vamos mal.

J. Mayol: No conocemos el potencial de todo lo que tenemos. La cuestión es si nos tenemos que gastar el dinero en comprar sistemas que tienen potencias superiores a lo que necesitamos. En medicina el objetivo es tan importante que gastar en cosas que no vas a utilizar no tiene sentido.

S. Rabanal: Uno de los problemas está en que, lo ha dicho Julio, a la hora de planificar estos nuevos modelos de asistencia, no tenemos claro cuál es el objetivo. Si supiéramos el objetivo que queremos obtener, vemos la tecnología que existe en el mercado para conseguir esos objetivos. Si vamos a acabar viendo tecnología que nos viene y a ver qué hacemos, vamos mal. Parte del problema está en que estamos diseñando los modelos de una manera no adecuada. Si consiguiésemos

darle el cambio, y hacer las cosas metodológicamente, utilizaríamos las tecnologías que necesitamos, gastaríamos menos dinero, seríamos más eficaces y eficientes.

J. Mayol: Insistiendo, una cosa que dice Santiago es que en realidad no trabajamos como organizaciones, sino que muchas veces se ha establecido la competencia interna en vez de la colaboración. El hospital A compete con el hospital B por ver quién tira más abajo el sistema, en vez de, como una organización, aprovechar los recursos y tirarlos hacia arriba. Nos han dicho que lo bueno es la competencia interna, en lugar de decirnos que lo importante es la colaboración para conseguir los mejores resultados para el paciente. No, lo bueno es la competencia interna para ver quién genera más actividad que le permita mayor financiación.

J. Coll: Puntualizar que en innovación se puede hacer poco o nada si no es con alianzas estratégicas. Alianzas estratégicas que nos permitan aprovechar el conocimiento y compartir experiencias para recorrer un camino y poderlo modelar en función de lo que se necesita y ese es un punto importantísimo... Y ahí tenemos que buscar alianzas estratégicas.

J. Elviro, gerente del Hospital El Escorial de Madrid: Mi hospital está absolutamente digitalizado con su historia electrónica. Pasamos de papel a digitalizar en 2009. Y eso podría ser una historia de éxito o de fracaso. Historia de éxito porque tenemos un acceso y le hemos proporcionado una herramienta magnífica a los profesionales, con un pequeño error, que cuando los archivos en papel llegaban a 15 cm alguien los reducía a 2, y ahora, como es informática, nadie los reduce. La reflexión que tengo es que no sé cuál debe ser el organigrama de mi hospital, porque ahora que tengo la historia

clínica no me vale la dirección médica, ni yo como gerente, ni la dirección de enfermería, ni la de gestión, ni incluso la integración con Atención Primaria; esto es un cambio revolucionario para el que ahora, a mis años, y además soy enfermo crónico de media pastilla al día, me tengo que formar. Y lo digo con una experiencia positiva en el hospital, pero como nos quedemos en eso, dentro de cinco años no será un fracaso, vendrá un *tsunami*, nos superará y, cuando nos demos cuenta, los pacientes estarán en otro sitio, no vendrán con nosotros.

J. Mayol: Yo soy muy crítico con la historia clínica electrónica en general. La idea no es mala, y es mejor una historia clínica que no tener nada, pero se ha cambiado la relación médico-enfermo, que no digo que fuera tan magnífica como decimos. Hemos cambiado la relación médico-enfermo por médico-sistema de información y el paciente es un individuo que ve como su médico se pega con una pantalla de ordenador. Un fracaso. Estoy en contra de la solución única para todo el sistema. Todo el mundo querría una gran única historia para el sistema sanitario. Tiene que haber una base de datos protegida, en dominio público, con toda la seguridad posible, donde la gente interactúe en función de los datos que necesita, con la herramienta que necesite. Cada vez que intentas implementar una nueva historia clínica electrónica se produce un deterioro de la asistencia donde se implantan. Luego se recupera, pero se cae. Además, cuando empiezas a hacerla funcionar no funciona ya para lo que necesitas porque el conocimiento médico va en evolución y no es el mismo que dos años antes, cuando empezaste a implantarla. Además, necesito mis manos para tocar al paciente, para explorarle, pero vas con la tableta

apuntando, en vez de ver al paciente. Tenemos que cambiar la relación del sistema de información con los profesionales, no podemos seguir basados en un teclado, pero, ¿eso quién lo aborda? ¿Cuánto cuesta? HP no va a hacer esa inversión para dentro de diez años a ver si alguien lo compra.

J. Coll: Ahí sí que es importante el modelo. Empezamos a desarrollar en el plan DIAS, cuando estábamos centralizados en el Insalud, un modelo en el cual HP nos vendió una solución que no existía. Llegó a los hospitales y, con el conocimiento que se le iba dando en algunas unidades, de forma sesgada, fue produciendo, conforme le íbamos pagando. En ningún momento la organización puso en valor el conocimiento que tenía; se lo cedió a coste 0. La innovación es fugaz. No hemos aprendido a vivir del conocimiento que tenemos, si hubiéramos puesto en valor ese conocimiento podríamos asistir a los ciclos, buscar aliados dentro de la industria que con nuestros conocimientos podrían estar continuamente rediseñando soluciones que se adaptaran al mercado, respondieran a esa fugacidad, adecuadas a las necesidades. No hemos puesto en valor el conocimiento y ese ha sido uno de los grandes fallos que nos ha llevado a esta situación.

J. Casanovas: FONT Totalmente de acuerdo. Es triste que 30 años después de lo que comentabas estemos detrás del paciente, tecleando en un ordenador, cuando hay sistemas de reconocimiento de voz, midiendo y poniendo datos en un ordenador, pesando al paciente, cuando hay sistemas de *bluetooth* que lo podrían solucionar... Pero es un problema en parte de planificación, económico, pero se podría hacer, existe, seguro que alguien lo hace.