

GESTIÓN

Igualdad y cercanía con el 2.0 en salud

El proyecto 2.0 en la salud tiene como principal objetivo facilitar la aplicación de salud 2.0 entre los profesionales para mejorar el intercambio de conocimientos, la práctica clínica y la relación médico-paciente. La iniciativa, promovida por el Grupo Menarini España, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Oficina 2.0 de la Agencia Valenciana de Salud, se ha materializado ya con la celebración de una serie de jornadas presenciales en diferentes comunidades en las que los participantes han podido compartir conocimientos, debatir y mejorar la relación con el paciente, difundir investigaciones, acceder a fuentes de conocimiento actualizado, establecer relaciones entre personal sanitario y asociaciones de pacientes, etc. En concreto, en las jornadas se ha logrado generar conversaciones en Twitter entre médicos, enfermeros, farmacéuticos, profesionales de comunicación en salud, etc.

Nuevas realidades

La iniciativa parte de la base de que las realidades han cambiado, y el primero que se ha dado cuenta es el usuario, que es cada vez más un paciente educado, responsable, comprometido y conectado. Este nuevo modelo con el que habrá que aprender a manejar no resulta fácil a muchos profesionales sanitarios, porque es un sistema horizontal, en el que todo el mundo está en igualdad de condiciones. Los pacientes tienen cada vez más manejo tecnológico, pero los profesionales no están del todo preparados. Necesitan competencias, conocimiento, desarrollar habilidades -unas tecnológicas y otras no- y actitudes.

Estos y otros aspectos están centrando las jornadas desarrolladas dentro del programa en las que alrededor de 300 profesionales han asistido ya a las sesiones presenciales y muchos más las siguieron a través de medios sociales y de comunicación.



Federico Gordo, junto a Cecilia Hermoso y Teresa Mozo, médicos adjuntos de Medicina Intensiva.

LA COLABORACIÓN CON EL RESTO DE SERVICIOS ES LA CLAVE

Una UCI que persigue al paciente allí donde vaya

→ A partir de ahora, siguiendo un modelo típico de Estados Unidos y propuesto por la Semicyuc, las UCI españolas podrán estar presentes en todos los servicios del hospital. Así funcionan en el Hospital del Henares.

Hay veces que la forma de funcionar mejor parece tan clara que es obligado preguntarse por qué no se ha hecho antes. La cuestión es que las cosas suelen verse cuando se tienen delante. Los profesionales de Medicina Intensiva del Hospital del Henares, en Coslada, no han tomado las paredes de su servicio como algo intraspasable, sino que han querido que su actividad se extendiera a todo el hospital, de forma que el paciente grave esté controlado en todo momento.

"La clave es hacerlo todo, y de forma precoz", según Federico Gordo, jefe del servicio. Sigue siendo una UCI, pero su concepción ha cambiado gracias al programa de detección en todo el hospital de enfermedades

Se ha comprobado que el intensivista no sólo puede actuar en la UCI sino que puede adelantar su trabajo en otros servicios

graves, para así intervenir antes. Esta forma de trabajar se ha conseguido con programas como el código sepsis y el de extraUCI y se resume en una actuación precoz y en todo el hospital, más allá de la UCI. Para lograr la detección precoz hay que trabajar con otros servicios. Así se consigue otro objetivo, que es evitar la en-

trada de algunos pacientes en la UCI.

"Antes éramos servicios cerrados, pero se ha visto que el intensivista no sólo puede actuar en la UCI sino que puede adelantar su trabajo en otros servicios. Y cuando los pacientes salen del servicio les podemos seguir la pista gracias al sistema informático", afirma Gordo, que reconoce que este concepto, en el que la intervención de los intensivistas se extiende fuera de la UCI, surge de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias (Semicyuc).

Tras casi tres años desde la puesta en marcha del Hospital del Henares y de esta nueva UCI, la estrella podrían ser los resultados: durante 2009 no se produjo ninguna llamada por parada cardíaca en Observación (ver cuadro) y el grado de cumplimiento aumenta según pasa el tiempo. Todo esto se complementa con el grado de satisfacción de los propios profesionales del servicio y de otros servicios. Y sirve de acicate para seguir adelante.

"Pretendemos llegar a ser algo parecido al médico hospitalario de Estados Unidos, que tiene muchas competencias y se encarga del paciente de forma global". Pero aclara: "Antes que pensar en otros proyectos futuros, tenemos que implantar más todo el proyecto actual".

Datos de la UCI en 2009

Pacientes	Número
- Pacientes en observación	2.526
- Pacientes identificados por programas extra UCI	1.960
- Intervención real por UCI	793
- Patología de la intervención respiratoria	35% insuf. respiratoria 18% sepsis 13% c- Isquémica
- Llamadas a UCI desde observación por emergencias (no identificadas por Extra-UCI)	29 en un año
- Paradas cardíacas en observación	0 en un año

Fuente: Hospital del Henares

Los propios pacientes asesoran en seguridad

Galicia cuenta ya con un Consejo Asesor de Pacientes para Seguridad Asistencial, cuyo objetivo es dar voz a las asociaciones de pacientes, colaborando así en la mejora del sistema sanitario gallego. El anuncio de su nacimiento lo llevó a cabo la consejera de Sanidad, Pilar Farjas, durante las III Jornadas de Seguridad del Servicio Gallego de Salud y el II Congreso de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, celebrados en Vigo.

Casi un centenar de asociaciones de pacientes participan en este órgano, "que contribuye a conseguir un sistema más transparente, riguroso y evaluable en el resultado de sus actuaciones".

La iniciativa es un paso más de la cruzada por la eficiencia que la consejera encabeza, y por eso no desaprovechó la ocasión de la constitución del consejo para insistir: "No podemos olvidar que la eficiencia es, hoy más que nunca, no sólo una obligación sino una necesidad, una cuestión de ética profesional y ciudadana. Queremos contar con la participación de los ciudadanos, pues su implicación es parte imprescindible para garantizar la sostenibilidad del sistema".

Por eso Farjas explicó que uno de los objetivos del congreso de calidad asistencial, que reunió a unos 400 profesionales

de centros sanitarios de la comunidad autónoma, era contribuir a que las miles de decisiones clínicas que se toman todos los días sean cada vez más seguras y eficaces, cubran las expectativas de los ciudadanos y, en consecuencia, sean más eficientes.

En esta línea, el Servicio Gallego de Salud está fomentando prácticas seguras que reduzcan la incidencia de eventos adversos y se ha adherido a la estrategia de la Alianza Mundial por la Seguridad de Pacientes de la Organización Mundial de la Salud, de manera que está desarrollando un plan de seguridad asistencial para Galicia; por eso se constituyeron núcleos de seguridad de pacientes y gestión de riesgos.

La responsable de la Sanidad gallega concluyó que uno de los retos más importantes en nuestros días es las organizaciones sanitarias "es cubrir las necesidades y expectativas de un ciudadano cada vez más informado y más exigente".



Pilar Farjas.

Un sistema que permite un cuidado específico

Teniendo en cuenta las dolencias y situación de los pacientes -los cuidados y tratamientos varían- el Hospital Universitario del Niño Jesús ha propuesto un sistema de jerarquización que permite atender de forma específica a cada paciente.

De esta manera, el primero de los niveles se centrará en el enfoque paliativo, donde se actúa como interconsultores con otros profesionales, prestando a estos atención y asesoría 24 horas al día. La característica principal de este nivel es que no se atiende directamente al paciente y

que sólo se pasa a él tras un tiempo de seguimiento en la unidad y siempre y cuando la red asistencial próxima funcione y esté disponible. En el nivel dos se encontrarían aquellos que necesitan cuidados compartidos, donde se participa con otros especialistas en el seguimiento del paciente.

Por último, en el nivel tres estarían aquellos de hospitalización a domicilio. En este caso se atiende a los pacientes, la familia y los profesionales las 24 horas al día, acudiéndose incluso al fallecimiento del paciente.

GESTIÓN

Patología crónica e I+D para el País Vasco

En 2011 ha nacido Kronikume, un centro "único en el mundo", según las palabras del consejero vasco de Sanidad y Consumo, Rafael Bengoa, durante la inauguración de las instalaciones en julio.

El propósito es convertirse en un centro de excelencia dedicado a proyectos de investigación que faciliten la transformación, gestión y organización de los servicios sanitarios para la mejor atención de la población y la promoción de la sostenibilidad del sistema. Se trata de un centro que generará nuevo conocimiento para mejorar la atención a los enfermos crónicos, un colectivo sobre el que siempre ha puesto especial atención el consejero vasco, ex director del Observatorio Internacional de Calidad y Gestión de Enfermedades Crónicas (Kroniker).

Con un presupuesto de 2,2 millones de euros, la actividad se centra en el análisis y evaluación de 65 proyectos de investigación promovidos e impulsados por profesionales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Triángulo de radiología, telerradiología e imagen médica con vértices en Madrid, Barcelona y Valencia

Cooperar en programas de difusión tecnológica e innovación, proyectos docentes, investigadores y formativos y en labores de consultoría y asesoramiento mutuo en el campo de la radiología, la gestión y la adecuación de las exploraciones, además del intercambio de profesionales, son algunos de los objetivos del Triángulo Radiológico, un acuerdo de colaboración entre el Hospital Clínico Universitario de Barcelona, la Unidad Central de Radiodiagnóstico de la Comunidad de Madrid y el Hospital Universitario y Politécnico La Fe para el desarrollo conjunto de actividades asistenciales y de investigación en el ámbito de la radiología, la imagen médica y la telerradiología.

Este acuerdo, todo un ejemplo de cooperación, establece un marco general de colaboración entre las tres instituciones para la puesta en marcha mediante acuerdos específicos de actividades científicas relacionadas con la investigación y la organización de cursos de formación.

Los centros, gracias al acuerdo marco que han suscrito sus representantes este año, podrán incluso intercambiar personal para conocer las distintas experiencias en el diagnóstico por imagen y llegar a la utilización recíproca de las instalaciones y equipos disponibles.

Según sus promotores, se trata de un convenio de tres grandes centros españoles para desarrollar estrategias de uso adecuado, evaluación tecnológica y gestión de información y con-



Melchor Hoyos, gerente del Departamento de Salud Valencia-La Fe; Eduardo Fraile, de la Unidad Central de Radiodiagnóstico de Madrid; Luis Donoso, del Clínico de Barcelona; Josep María Piqué, director general del Clínico de Barcelona, y Luis Martí-Bonmatí, del Hospital La Fe, de Valencia.

cimiento de la imagen médica. A su juicio, es necesario manejar la enorme cantidad de información y conocimiento que se puede extraer en beneficio de los pacientes.

Se trata, en concreto, de optimizar la información, los recursos y, en definitiva, la medicina, para que España se posicione en Europa con un papel de liderazgo en imagen médica.

En principio, no se pretende que los pacientes se muevan, sino que el flujo de información, el mapa de trabajo y los procesos que desarrollan los centros implicados sean tan excelentes en Valencia, Madrid y Barcelona que permita que los tres participen en grandes proyectos y los cambios de la estrategia de los hospitales.

Por otro lado, la iniciativa también tiene beneficio económico, ya que gestionan los recursos y extraer la información adecuada siempre es ahorro garantizado. Por contra, hacerlo

individualmente es una estrategia cara e ineficaz, según han informado los promotores de la idea.

Respecto a proyectos concretos que ya se estén desarrollando, destacan tres ejemplos: uno de evaluación tecnológica, que se entronca dentro del proyecto europeo EuroBioimaging; una iniciativa sobre cómo organizar el trabajo en distribución de grupos, y otra sobre la extracción de información no visible por el ojo humano mediante computación.

Hay que tener en cuenta que los proyectos de investigación y las convocatorias competitivas a las que acuden los tres centros en busca de financiación para sus proyectos de investigación necesitan cada vez más masa crítica.

La idea, que puede definirse de hito dentro de la radiología, es un tipo de acuerdo que a todas luces deberá ser la norma en el futuro.

Comunidad virtual para la interconsulta entre primaria y hospitalaria del ICS

Una comunidad virtual desarrollada por el Instituto Catalán de la Salud (ICS, empresa pública que gestiona el 80 por ciento de la primaria catalana y ocho grandes hospitales) permite la comunicación directa de los profesionales sanitarios de los nueve equipos de atención primaria de Badalona-San Adrián del Besós, del Área Metropolitana Norte, con los especialistas del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, lo que facilita la interconsulta entre estos profesionales sanitarios.

En sus primeros seis meses de funcionamiento esta comunidad virtual ha recibido más de 6.000 visitas y cuenta con 210 usuarios registrados de 20 especialidades diferentes. Hasta el momento se han podido resolver 120 casos clínicos y se han intercambiado un centenar de documentos entre los que destacan protocolos, guías de práctica clínica y artículos científicos de diversas especialidades médicas.

La comunidad virtual surge como parte de un proyecto de investigación a tres años en el que se pretende comprobar si esta herramienta es útil para mejorar el sistema de derivación entre especialistas y para reducir las visitas presenciales a los hospitales en los casos en que no son indispensables.

Los resultados preliminares disponibles hasta el momento son alentadores, pero será necesario esperar para poder valorar el efecto global de

esta estrategia en el proceso asistencial.

Además, la comunidad virtual pretende ser también un instrumento para mejorar la formación continuada de los profesionales, que les permita acceder a la información de manera directa, sencilla y en el momento que resulte más favorable al usuario.

El Área Metropolitana Norte del ICS tiene en marcha otro proyecto piloto que consiste en la presencia institucional en las principales redes sociales y, basándose en los resultados que se obtengan, se valorará la posibilidad de hacer extensivos estos programas al resto de Cataluña.

Estos profesionales están trabajando ahora en el desarrollo de otras comunidades virtuales que permitan a los usuarios hacer consultas a sus médicos y enfermeras por medio de internet.

Las comunidades de pacientes en internet no sólo permiten intercambiar experiencias y apoyo moral entre personas que presentan una misma patología, que sería la utilidad más frecuente de estas herramientas que pone a nuestra disposición actualmente internet, sino que también representan una gran oportunidad para que los profesionales sanitarios puedan conocer desde otra perspectiva las preocupaciones cotidianas de sus pacientes, según quedó de manifiesto en el Seminario E-pacientes, web 2.0 y empowerment, organizado por la Fundación Víctor Grífols i Lucas y el Observatorio de la Comunicación Cien-



Xavier Alzaga, coordinador de Salud 2.0 en el ICS.

tífica de la Universidad Pompeu Fabra, donde el ICS aprovechó para presentar su experiencia de comunidad virtual para la comunicación directa de los profesionales sanitarios de nueve equipos de atención primaria con los especialistas de un hospital terciario.

El IDIS muestra el valor de la privada

Tras dar a conocer que las autonomías en las que más de un 25 por ciento de la población tiene seguro privado son las que menos gasto público generan y que la supresión de las mutualidades administrativas afectaría a la actividad asistencial desarrollada por 12.750 médicos y evitaría un ahorro de más de 500 euros por mutua lista, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) presentó su informe *Sanidad privada, aportando valor*, en el que analiza por primera vez con datos ofrecidos por los hospitales y las aseguradoras lo que representa la iniciativa privada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y explica que "el sector sanitario privado da empleo aproximadamente a 253.000 profesionales, de los que el 22 por ciento [56.281] son médicos".

Además, "complementa la actividad del médico como alternativa, añadido o sustitutivo de su ejercicio en la sanidad pública" y cuenta con diez hospitales universitarios y quince centros que ofrecen 90 plazas de formación especializada por el sistema de residencia para este año.

Descarga asistencial

Partiendo de la premisa de que "el sector privado contribuye al desarrollo económico de nuestro país generando empleo e invirtiendo recursos", que descarga asistencialmente a la sanidad pública y mejora la accesibilidad de los pacientes a la asistencia, el documento también destaca que el sector sanitario privado representa el 2,5 por ciento del PIB español, que equivale al 27,5 por ciento de gasto sanitario total y a 26.292 millones de euros, una proporción en la que sólo nos superan Suiza, Grecia y Portugal en la Unión Europea.

Sus 483 hospitales (el 51 por ciento del total) y 53.985 camas (el 33 por ciento de las existentes en España) ahorran 1.448 euros anuales por cada uno de los 7,6 millones de asegurados.

Valdecilla mejora el transporte de órganos y selecciona mejor al receptor

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander, ha implantado en el inicio de este año un dispositivo que mejora el transporte de los órganos destinados al Programa Regional de Trasplantes. Frente al tradicional traslado en neveras a bajas temperaturas, este moderno sistema permite transportar los órganos activos y vivos, mantenidos con sangre oxigenada y a temperatura normal. Ello evita la premura del tiempo para llevar a cabo la intervención quirúrgica y permite seleccionar mejor al receptor.

El coordinador autonómico de trasplantes, el nefrólogo Julio González Cotorruelo, ha comentado que, además de mejorar el traslado, el sistema amplía las posibilidades asistenciales y de investigación, ya que mantiene en todo momento el órgano monitorizado y permite tratar y mejorar sus condiciones antes del trasplante.

La técnica sólo se había utilizado con anterioridad en trasplante de corazón. Valdecilla es uno de los seis centros de referencia nacional en materia de trasplante pulmonar. En 2009 se realizaron 33 trasplantes pulmonares: tres a pacientes de Cantabria, quince del País Vasco, diez de

Castilla León, uno de Navarra, uno de La Rioja y tres de Asturias.

La nueva técnica ya se realizaba en el Hospital Clínico San Carlos, en Madrid, donde se habían obtenido buenos resultados en el transporte de corazones, según José Ramón Núñez, coordinador de trasplantes del centro, que ha explicado que la falta de donantes válidos hace necesario buscar alternativas y estrategias que hagan posible atender la demanda de los trasplantes de órganos. A pesar de aumentar las intervenciones quirúrgicas, también crece la cifra de personas que necesita un trasplante, habiendo cada vez más pacientes en lista de espera. "Núñez ha señalado que el cambio del perfil de donante, cada vez con mayor edad y fallecido por muerte cerebral, hace más difícil contar con órganos válidos para el trasplante. "Es necesario aprovechar los órganos de los que disponemos y tratar de trasplantarlos en las mejores condiciones posibles".

Al mismo tiempo se ha conocido que el 72 por ciento de los pacientes sometidos a trasplante se muestra muy contento con su nueva condición de vida; un 68 por ciento considera su estado de salud como



Julio González Cotorruelo.



José Ramón Núñez.

bueno, y más del 90 por ciento opina que su vida ha cambiado sustancialmente, según un estudio realizado por el Servicio de Nefrología de Valdecilla.

"El trasplante supone muchas veces para el paciente la propia vida, caso de los injertos cardíacos o hepáticos, y siempre una

fuente de liberación para los pacientes renales y pancreáticos", según la supervisora de Nefrología, Rosa Alonso. A su juicio, no existen, en general, muchas diferencias entre la calidad de vida de los pacientes sometidos a distintos tipos de trasplantes, pero sí en la calidad de vida percibida.

Club social para médicos de PSN

Doctor Pérez Mateos, sociedad perteneciente a Previsión Sanitaria Nacional, ha creado el Club Social en Los Robles Gerhoteles Madrid, un nuevo centro para que los médicos puedan acceder a los servicios de un centro de día en la residencia para mayores Los Robles Gerhoteles que la organización tiene en Madrid. Este nuevo centro, autorizado por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, permite acceder a multitud de actividades y servicios, así como a las modernas instalaciones del centro a los facultativos interesados en mantenerse activos y favorecer su mantenimiento personal, físico y cognitivo, con la atención de profesionales especializados en la atención socio-sanitaria dentro de un entorno familiar. El Club Social surge como respuesta a las necesidades de los mutualistas de PSN que se mostraban interesados por los servicios de Los Robles Gerhoteles pero no contemplaban la posibilidad de dejar su hogar para establecerse como residentes en Los Robles.

La Clínica Belén pasa al grupo HM

A mediados de julio el grupo HM Hospitales adquirió la Clínica de Maternidad Belén, en Madrid, convirtiéndose así en un centro de la red asistencial del grupo en la región. Con la adquisición, el objetivo era que el centro "se convirtiera en la referencia materno-infantil de la capital madrileña que un día llegó a ser", ha señalado Juan Abarca Cidón, director general de HM Hospitales.

Tras las remodelaciones que terminaron este otoño, Nuevo Belén ha conseguido asentarse, de nuevo, como la referencia en Ginecología y Maternidad en el casco urbano de Madrid. Además, su estrategia integra a los profesionales del centro, a cuya disposición se pone el resto de instalaciones del grupo para que puedan realizar en ellos su actividad asistencial según los mismos estándares de calidad, orden y funcionamiento de HM Hospitales.

El centro cubre la demanda de servicios relacionados con la maternidad dentro de Madrid y afianza el Programa de Maternidad de HM Hospitales.

GESTIÓN



De izda. a dcha., Antoni Yuste (Garraf), Enric Macarulla (Igualada); Pere Vallribera (Tarrasa), Lluís Blanch (Sabadell), Montserrat Capdevila (Ayuntamiento de Sabadell), David Dalmau (Tarrasa), Pere Fonolleda (Fundación Parque de Salud), Josep Mañach (Maresme), Joan Guanyabens (Generalitat), Antoni Casagran (Tarrasa), Manel Jovells (Manresa), Rafael Lledó (Granollers) y Nuria Roger y Jaume Portús (Osona).

Hospitales comarcales catalanes crean una red para potenciar su I+D+i y poder transferir los resultados

Más de 60 directivos, gerentes, presidentes y altos cargos de fundaciones, centros hospitalarios, médico-asistenciales y representantes de ayuntamientos asistieron el pasado día 27 de setiembre a la presentación de la Red de Innovación en Salud para Cataluña (Xiscat), la primera red española constituida para el fomento conjunto de la I+D+i proveniente de los hospitales, así como para la protección y transferencia de sus resultados.

La Red Xiscat, gestada por el interés de los hospitales y centros médico-sanitarios implicados con la intención de aunar fuerzas para una mejor I+D+i que aporte soluciones reales de aplicación directa a los pacientes, tiene capacidad de crecer y ampliar su actual cobertura de territorio hacia todas las provincias catalanas.

En su primera fase reúne a nueve fundaciones hospitalarias y centros médico-sanitarios de la corona metropolitana de Barcelona bajo el liderazgo de su décimo miembro, la Fundación Parque de Salud; Althaia, Red Asistencial de Manresa; Fundación de Osona para la investigación y la Educación Sanitarias; Fundación Hospital Asilo de Granollers; Fundación Joan Costa i Roma; Fundación

Mutua de Tarrasa para la Docencia y la Investigación Biomédica y Social; Fundación Parque Taulí de Sabadell; Fundación Privada Salud del Consorcio Sanitario del Maresme; Fundación Privada San Antonio Abat, y Fundación Sanitaria de Igualada.

Tal y como se desprende de sus participantes en la primera fase, Xiscat tiene cobertura a lo largo de la corona metropolitana de Barcelona cubriendo la actividad de I+D+i para los siguientes centros hospitalarios: Althaia de Manresa; Consorcio Sanitario del Anoia; Consorcio Sanitario del Maresme; Consorcio Sanitario del Garraf; Corporación Sanitaria y Universitaria Parque Taulí de Sabadell; Consorcio Sanitario de Tarrasa; Hospital General de Granollers, y Hospital Universitario Mutua de Tarrasa.

La Fundación Parque de Salud ha destacado no sólo la alta calidad de la I+D+i de los diferentes hospitales implicados sino su naturaleza de primera empresa en la mayoría de ciudades donde se encuentra cada una.

Reflejo de ello, y añadido al volumen presupuestario y número de trabajadores y conocimiento que generan, todos esos hospitales (y con ello la red Xiscat) poseen todas las cuali-

dad para ser considerados unos verdaderos agentes económicos de valor añadido.

Los objetivos principales de la red, según sus promotores son: promoción de proyectos de I+D+i, obtención de financiación pública y privada y la correcta gestión de la propiedad intelectual e industrial y transferencia de resultados. Sobre esos cimientos se pretende sentar las bases de la estrategia de los próximos diez años para que tanto Cataluña como España alineen su dinámica de trabajo a la de la Comisión Europea (Horizonte 2013-2020), en la que se hará más hincapié en la innovación en salud.

En el acto de presentación de la red representantes de los diferentes miembros de Xiscat presentaron sus respectivos centros y líneas de trabajo, en su mayor parte pensadas para aportar soluciones técnicas (mejoras de producto), médicas (soluciones destinadas a la mejora del paciente y su salud) y económicas (a través de nuevos métodos y sistemas de trabajo que procuran por la calidad y el ahorro de costes). El Departamento de Salud de la Generalitat se ha comprometido a apoyar esta nueva iniciativa para que sea un éxito.

Una plataforma para unir ciencia y tecnología

La patronal del sector biotecnológico Asebio ha puesto en marcha una plataforma, presentada al Ministerio de Ciencia e Innovación, cuyo objetivo es desarrollar canales de comunicación estables, eficientes y multilaterales entre los distintos agentes del sistema de ciencia y tecnología y de la empresa, de manera que se fomenta la innovación biotecnológica, la transferencia de tecnología y su traslación a la sociedad.

La iniciativa, denominada Plataforma de Mercados Biotecnológicos, cuenta con un consejo asesor y un comité asesor que ayudan en la labor de promoción y representación, y también se encargarán de

guiar a la plataforma en el desarrollo de sus iniciativas.

Entre los objetivos del proyecto destacan la generación de una masa crítica representativa y la potenciación de proyectos colaborativos. Para ello, la participación en ella es gratuita y libre, por lo que pueden integrarse tanto entidades públicas como privadas, así como personas implicadas en el mercado biotecnológico a título individual.

Sus áreas de actuación se engloban en tres grandes grupos: la biotecnología roja o sanitaria, la blanca o industrial y la verde o alimentaria, representadas por distintos grupos de trabajo.



Página principal de la web de la plataforma.

Red de excelencia en la práctica clínica

En tiempos de crisis económica, los esfuerzos de los profesionales y las organizaciones por ocuparse de temas de calidad y seguridad de la atención pueden verse dificultados, lo que hace necesario buscar estrategias para potenciarlos. El Instituto Avedis Donabedian se planteó la responsabilidad de proponer iniciativas que promuevan mejoras de la atención sin que signifiquen un gran coste para organizaciones y profesionales, con tal de incentivar y mantener el interés por ofrecer una atención de mayor calidad; y a partir de ahí, desarrolló la primera red para la creación de comunidades de práctica en calidad y seguridad: La Red de profesionales para la excelencia en la práctica clínica (e-pract).

Esta nueva red pretende convertirse en una plataforma de ayuda a los profesionales interesados en mejorar su práctica y la atención a los pacientes y

usuarios, a través de las sinergias que permiten las nuevas tecnologías y la creación de comunidades de práctica para el aprendizaje. Este concepto fue creado a comienzos de los años noventa y su premisa principal se basa en que "nadie lo sabe todo, cada uno sabe una parte (Wenger, 2007)", y en que la constitución de grupos de personas en torno a un objetivo y dominio común constituye una fórmula de aprendizaje innovador.

Con la promoción de esta iniciativa se pretende aportar en el ahorro de estos esfuerzos, promoviendo la necesidad de compartir ideas, información y experiencias que sean utilizados por muchos profesionales interesados por los mismos temas. Eso no sólo es más generoso sino también es más eficiente, puesto que se ahorran los costes individuales en la búsqueda de información y conocimientos sobre las mejores prácticas.

Ve la luz Madrid Centro Médico

La unión hace la fuerza, y en tiempos de crisis nada mejor que asociarse para buscar nuevas fuentes de ingresos. Con este objetivo nació Madrid Centro Médico (MCM), una asociación impulsada con la colaboración de la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento de Madrid, Madrid Emprende y Madrid Network, que busca poner en contacto a los proveedores privados con pacientes de todo el mundo,



Aurelio García, presidente de Madrid Network; Manuel Lamela, presidente de Madrid Centro Médico, e Iñaki Ortega, gerente de Madrid Emprende.

do, promocionando así el turismo sanitario en la capital.

"Los pacientes buscan cada vez más especialización y atención sanitaria de calidad, fijándose menos en dónde están". Con esta premisa, expresada por su presidente y ex consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Manuel Lamela, nace MCM, que se está promocionando primero en el territorio nacional, después en Europa y, más tarde, "pretendemos tener pacientes

de todo el mundo". La asociación quiere "atraer a unos 12.000 pacientes antes de 2016, generar beneficios económicos para los socios en 2014, y contar con un volumen de negocio de cinco millones de euros en 2012".

de todo el mundo". La asociación quiere "atraer a unos 12.000 pacientes antes de 2016, generar beneficios económicos para los socios en 2014, y contar con un volumen de negocio de cinco millones de euros en 2012".

GESTIÓN

RM y PET, integrados en un único sistema

La integración de la resonancia magnética (RM) con la tomografía de emisión de positrones (PET) en un solo sistema es la principal ventaja del *Biograph mMR*, de Siemens. La combinación favorece la identificación de condiciones neurológicas, oncológicas y cardíacas, facilitando así la planificación de terapias.

Los detectores de PET convencionales emplean tubos fotomultiplicadores y no se pueden utilizar en el campo magnético que genera un sistema de RM, y la integración de ambos sistemas estaba también limitada por la falta de espacio dentro del dispositivo de RM hasta el desarrollo del sistema que permite integrar ambas técnicas.

Además de sus aplicaciones diagnósticas y en el campo de la investigación, la simplificación que supone unificar ambos métodos favorece la generación de ahorros para el sistema, puesto que puede explorar todo el cuerpo en

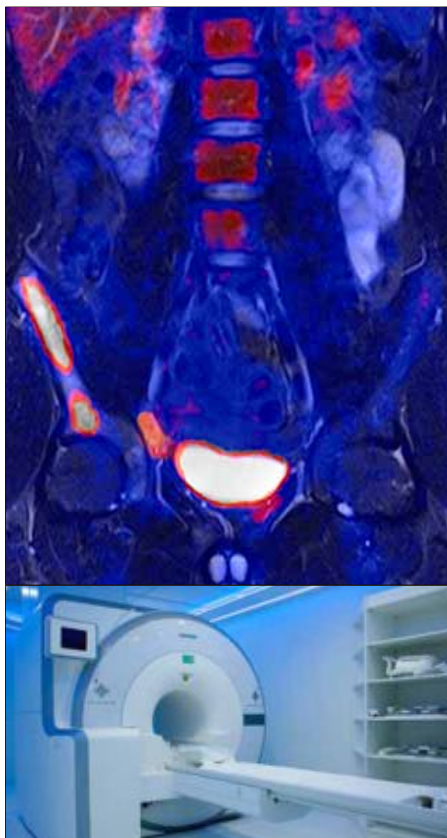
30 minutos y reduce la duración de este tipo de actuaciones en un 50 por ciento.

Baja dosis

Entre las ventajas del nuevo medio combinado destaca la captación de imágenes en baja dosis gracias a que la RM no emite radiación ionizante. También permite reducir los artefactos que se producen en la TC por los movimientos corporales, ya que la RM corrige estas variaciones, al ser una técnica dinámica, y las incluye en el corregistro de ambas pruebas.

Además, no existen problemas de correlación de las imágenes, ya que el isocentro de la RM y el de la TC es el mismo.

La tecnología de Siemens ha recibido tanto el marcado CE -visto bueno de la Comisión Europea para este tipo de aparatos como la aprobación para su uso de la autoridad reguladora estadounidense FDA.



El sistema permite recoger más información en menos tiempo.

Ribera Salud se apunta a la sinergia

El grupo Ribera Salud propone un proyecto de cooperación entre los diferentes hospitales denominado *Modelo Multihospital*, es decir, una única propiedad que gestiona varios hospitales logrando que los costes derivados de la administración se reduzcan debido a la centralización de servicios.

El proyecto, que se ha llevado a cabo primeramente entre los centros de Torreveja y Elche, tiene como objetivo un mayor aprovechamiento de los conocimientos, consiguiendo al mismo tiempo ser más eficientes en el uso de los recursos, mejorar la oferta asistencial y la puesta en marcha de plataformas comunes para la realización de actividades conjuntas.

El se basa en la existencia de un equipo directivo corporativo que define la estrategia global del grupo y unos responsables territoriales que se implantan en cada uno de los centros de la corporación, y nace del estudio de la sinergia entre hospitales que permite mejorar la oferta de servicios al ciudadano, aprovechar el conocimiento existente derivado de la especialización de los hospitales en los que se han cosechado importantes experiencias, y compartir la gestión asistencial y no asistencial.

Con lo anterior se pretende poner en marcha una plataforma común para la realización de la actividad conjunta de los hospitales que sirve de lanzadera para constituir toda la oferta de prestaciones y servicios, además de ganar en eficiencia, minimizar los gastos y compartir los conocimientos y las experiencias.

Por tanto, con este modelo se busca que la gestión sea el embrión del que nazca un paquete de servicios completos y competitivos listos para ofertar a otros hospitales, posibilitando alcanzar alianzas estratégicas con otros centros o proveedores para la mejora, prestación o venta de servicios.

Gestión de citas en consulta en la FJD

Un sistema inteligente implantado en la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid -del grupo hospitalario Capiro-, gestiona automáticamente los turnos de pacientes en función de la prioridad prefijada y otra serie de parámetros de entrada, como la llamada automática de los pacientes registrados y avisados con anterioridad que no se han personado en la consulta, la llamada automática de los que han llegado tarde a su hora de cita, y la llamada automática de la actividad no programada.

El sistema permite al paciente acceder a recoger su ticket identificándose mediante su DNI o su tarjeta individual sanitaria en uno de los dispensadores automáticos de tickets o en los mostradores de admisión. El ticket de consulta se puede sacar desde cualquier dispensador que esté instalado en el centro, independientemente de su ubicación más o menos cercana al servicio.

Se trata de un trámite que dura entre cinco y diez segundos, por lo que se eliminan las colas de pacientes en las secretarías de los servicios, y permite que el paciente espere en la sala de espera hasta que se le indique con información en pantalla su entrada a la consulta.

Tiempos

Por su parte, el facultativo obtiene información desde la consulta de los tiempos de citación, llegada y espera de los pacientes.

El sistema organiza a los pacientes dando prioridad en función de la hora de cita, por lo que el facultativo puede desentenderse de seleccionar a un paciente determinado de su listado de citas, aunque también puede alterar el orden de cita si lo cree conveniente. En cualquier caso, cuando el médico pulsa para llamar al siguiente paciente, la pantalla exterior muestra una llamada numérica -no el nombre del paciente- asociada al ticket de turno que obtuvo originalmente cada paciente.

La HCE del Complejo de Soria llega a pie de cama

No hay mejor momento para incorporar cambios que un cambio previo. Y es que cuando se innova se puede aprovechar para ir más allá y acometer el tan cacareado cambio cultural. Eso es lo que han hecho en el Complejo Hospitalario de Soria, donde están pilotando la historia clínica electrónica (HCE) hospitalaria de Castilla y León -junto al Complejo Hospitalario de Avila-, de nombre *Jimena*.

Uno de los compromisos en el proyecto piloto era tener un buen producto, pero también accesibilidad. Este último punto exigía barajar las posibilidades tecnológicas existentes para pasar visita en sala: *tablet*, *PDA*, *carrito*... Y se optó por el terminal a pie de cama.

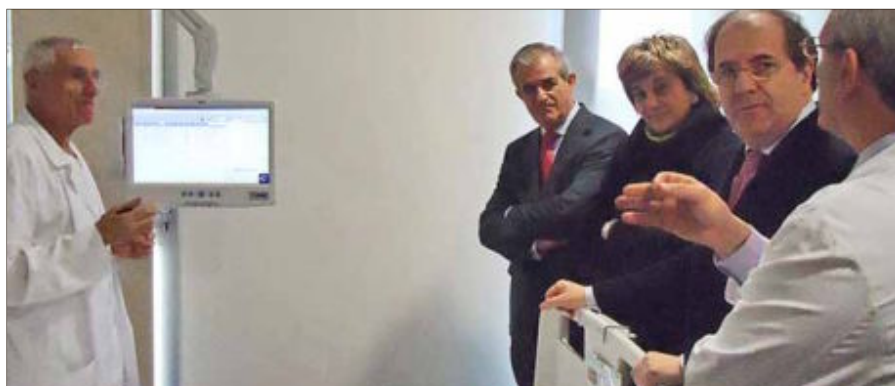
En un primer concurso, adjudicado a Telefónica Soluciones, adquirieron 120 terminales compuestos de un brazo articulado y pantalla, además de conexión al sistema de información clínico. Pero faltaba accesibilidad. Se quería aprovechar el terminal no sólo en la oferta de ocio para el paciente desde su cama sino para que los clínicos pudieran acceder a la HCE, a la imagen y a *Gacela* -programa de cuidados de enfermería-.

Así se podrá dar un mayor y mejor uso al producto estrella de la digitalización sanitaria en el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl): *Jimena*, que permite ver el estado de los pacientes.

De todas las opciones, en Soria se

decantaron por los terminales a pie de cama porque el resto les parecían difíciles de gestionar, no sólo por el coste sino también por los parques móviles. Habría que llevar estos dispositivos encima, apoyarse para ver las imágenes... Habían visto mejores precedentes con los terminales a pie de cama, una apuesta de la Dirección General de Desarrollo Sanitario, encabezada por Jesús García-Cruces.

En cualquier caso, el ex gerente de Atención Especializada de Soria, José Antonio Martínez Peña, reconocía al presentar los terminales que se trataba de una apuesta de riesgo en la que la recogida de información depende de las habilidades del clínico, pero estaba convencido de su éxito.



Ricardo Espuela Orgaz, jefe del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario de Soria, muestra el terminal a Francisco Javier Álvarez Guisasaola, ex consejero de Sanidad de Castilla y León, María Jesús Ruiz Ruiz, vicepresidenta de la Junta de Castilla y León, Juan Vicente Herrera, presidente de la Junta, y José Antonio Martínez Peña, ex gerente de Atención Especializada de Soria.

GESTIÓN

TIC para unas urgencias más ágiles, seguras y confidenciales

Informatizar hospitales tradicionales resulta bastante más complejo que poner en marcha un sistema digital partiendo de cero, por lo que aprovechar una reforma en las infraestructuras para cambiar la forma de trabajar es una buena idea.

Al menos, eso es lo que pensaron la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y los responsables del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares, cuando se proyectó el nuevo Servicio de Urgencias hace ya un año, y el tiempo parece darles la razón: "Ahora tenemos la posibilidad de utilizar una herramienta informática, lo que mejora bastante la situación con respecto a escribir a mano en papel autocopiado", ha explicado Gregorio Jiménez Díaz, coordinador de Urgencias del centro madrileño.

Este sistema permite "recoger toda la información previa del paciente y la que se genera durante su paso por la urgencia, de donde además se lleva un informe absolutamente legible".

Las tecnologías de la información instaladas en el Príncipe de Asturias, que previsiblemente se extenderán a otros hospitales de la región, cuentan con dos vertientes: por un lado, la seguridad y comodidad que aporta el acceso biométrico al sistema mediante huella digital y, por otro, la agilidad en la asistencia y la tranquilidad para los familiares representadas en el seguimiento informático de los pacientes.

Acceso más ágil

"El acceso y firma de los informes mediante huella digital resulta menos tedioso que utilizar un usuario y una contraseña", explica Jiménez Díaz. Además, es más seguro, ya



Fernando Ávila, junto a una de las peanas de información.

que las sesiones se bloquean transcurridos 15 minutos sin uso.

En cuanto al mapa de representación virtual de la urgencia, consiste en el denominado Sistema Inteligente de Espera: cuando el paciente llega a Admisión de Urgencias se le asigna un localizador formado por el número secuencial único del episodio de urgencias y se genera tanto un resguardo para el acompañante como una pulsera identificativa con ese localizador - formado por caracteres alfanuméricos y código de barras- que el paciente debe llevar durante su estancia. "Esto nos da una trazabilidad completa de sus movimientos con información totalmente protegida, lo que aumenta la calidad de la atención".

A juicio de Jiménez Díaz, "este

sistema ha cambiado sustancialmente nuestra forma de trabajar, y una vez que nos hemos acostumbrado vemos las ventajas, como saber en todo momento dónde está un paciente y conocer los resultados de las pruebas que hemos solicitado en tiempo real".

O lo que es lo mismo, "hemos puesto en marcha una herramienta que pone a disposición tanto de clínicos como de pacientes información que antes se perdía", según Fernando Ávila, jefe del Servicio de Informática del hospital. Para ello se han instalado unos 75 PC nuevos.

Mayor intimidad

En el Servicio de Urgencias e incluso en la cafetería se encuentran pantallas informativas para llamar

a los pacientes; también se han instalado peanas en las que, mediante el resguardo con código de barras, los acompañantes pueden saber en todo momento dónde se encuentra el paciente. "Este sistema proporciona más intimidad, ya que siempre se usa el código localizador para identificar a los usuarios, no el nombre", explica Fernando Ávila.

El nuevo sistema, en cuyo desarrollo "se han implicado todos los profesionales", está aún a falta de algunos flecos que se encuentran en desarrollo, como la inclusión de imagen radiológica y peticiones de laboratorio. No obstante, toda la información que se recoge se almacena ya en una base de datos independiente organizada por episodios y conectada con la historia clínica electrónica del hospital.

Foro para la gestión integral de la diabetes

La creación de un espacio común de discusión sobre gestión en diabetes es el objetivo del Foro Gerencia, creado por iniciativa de la división de diabetes de Abbott, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

La iniciativa se ha concretado en varios encuentros celebrados en distintas ciudades en las que se han reunido más de cien profesionales: médicos, farmacéuticos, enfermeros y gestores sanitarios.

Todas las conclusiones y casos de éxito expuestos en los diferentes encuentros se han recogido en un documento cuyo objetivo es aportar soluciones y proponer ejemplos de cómo mejorar la gestión de la diabetes en España. Según los promotores de la iniciativa, el documento nace del consenso entre los profesionales reunidos, que han puesto de manifiesto la importancia de aplicar una gestión proactiva de la enfermedad, en lugar de la reactiva habitual. También han subrayado la necesidad de la corresponsabilidad del paciente para que la gestión sea lo más efectiva posible. El trabajo realizado hasta ahora recoge 14 casos prácticos que se están llevando a cabo en diferentes centros asistenciales y áreas de salud en España.

Situación económica

Un aspecto clave en los tiempos que corren es la necesidad de adaptarse a la situación económica actual -punto en el que coinciden los profesionales que han participado en las reuniones-, revisando los modelos de gestión para intentar hacer más con los recursos disponibles.

En definitiva, se trata de un modelo relacional que rompe la asimetría de la relación paciente-profesional reconociendo la existencia de dos agentes que intercambian información: el profesional experto en la enfermedad y el paciente, que vive con ella.

Una plataforma 'web' para el manejo de la espasticidad

La compañía Merz ha puesto en marcha una plataforma de apoyo para profesionales y especialistas implicados en el tratamiento y la búsqueda de soluciones para pacientes con problemas de espasticidad. La herramienta, llamada Spasticity & Neurotoxin Assessment Program (Snap), permite al médico acceder de forma remota a la información sobre el tratamiento y evolución de sus pacientes en cualquier momento sin necesidad de instalaciones de software. El especialista o rehabilitador tendrá la posibilidad de acceder a todos los parámetros de la exploración de estos pacientes, y dispone del apoyo de imágenes para seleccionar los patrones de espasticidad correspondientes. La herramienta ofrece la

posibilidad de realizar una exploración física introduciendo los valores de balance articular y muscular. También puede recoger los objetivos para cada implicado en el tratamiento -paciente, médico, familiar y cuidador-, para así poder analizar su evolución a lo largo de sucesivas visitas. Asimismo, se establece el tratamiento gracias a una herramienta con la que se puede indicar el tipo de toxina elegida, la dosis y dilución, los puntos de infiltración, etc.



La plataforma sirve de apoyo a los profesionales.

SaludCOE une la pasión por el deporte y la atención médica

El proyecto Salud COE es una iniciativa creada con el objetivo de potenciar la relación entre la salud y el deporte a través de la educación, comunicación y servicios médicos privados específicamente diseñados y orientados al deportista. Sus impulsores, el Comité Olímpico Español y las empresas Redsa y Asiser, ofrecen un portal con un sistema de contratación de descarga de servicios médicos y bienestar.

El portal está abierto a las personas que comparten la práctica del deporte y el cuidado de la salud. Los usuarios pueden crear su blog y compartir experiencias sobre la práctica saludable del deporte, la recuperación de las lesiones y los entrenamientos, y en él un equipo médico de Asiser -especializada en productos orientados a la prestación de servicios asistenciales y complementarios de la salud para colectivos y particulares- contestará a las inquietudes generadas y

dará respuesta a las consultas online de los usuarios.

El requisito previo es la adquisición de una tarjeta -con un coste de 15 euros para deportistas federados y 30 para los no federados- con la que se podrán contratar servicios médicos dentro de una red nacional de alta calidad a precios preferentes respecto a las tarifas privadas.

Sin embargo, difiere de un seguro médico porque no tiene ninguna limitación ligada a la edad, antecedentes médicos o tipo de servicios médicos solicitados.

Redsa, por su parte, está centrada en la automatización y control de procesos para el sector sanitario y aportará su experiencia en la creación de su plataforma transaccional dirigido a este segmento, que permite integrar cualquier prestación médica o concepto de facturación entre proveedores y aseguradoras de forma abierta, flexible y modular.