

Artículos Breves. Mes de Enero 2011

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

Índice:

- 1. Varios expertos solicitan comités de ética en centros de reproducción asistida**
- 2. De médicos a tiburones de los negocios. El paciente es un cliente al que mimar.**
- 3. Quizá no podamos permitirnos el actual sistema de salud**
- 4. La exigencia de seguridad en centros asistenciales es de medios, no de resultados**
- 5. Un proyecto de vida independiente es la clave de la calidad en salud mental**
- 6. Salud pública, medicina preventiva y sexualidad. José Pérez Adán**
- 7. El Tribunal de Estrasburgo se pronuncia sobre el aborto en Irlanda**
- 8. Un hospital más abierto al profesional y al paciente gracias a la web 2.0. Joan Altimiras**
- 9. El sistema debe cambiar para mejorar, centrándose en la eficiencia: cultura, comunicación, calidad**

1.- Varios expertos solicitan comités de ética en centros de reproducción asistida

Diario Médico. Redacción - Viernes, 3 de Diciembre de 2010

"La legislación no siempre cubre todos los aspectos. La práctica nos demuestra que las leyes van siempre detrás de la técnica y no contemplan las nuevas aproximaciones que se producen para mejorar la reproducción asistida. Es preciso además que la legislación sea capaz de conciliar los avances científicos y técnicos con una realidad social en continua evolución, algo que según vemos en la práctica asistencial diaria no es posible", ha señalado Miguel Casares, presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Getafe, en el IV Simposio Internacional de Reproducción Asistida.

Para solucionar este vacío legal, los expertos asistentes al encuentro apoyaron la puesta en marcha de comités de ética en las clínicas destinadas a este fin para "facilitar la toma de decisiones razonables, prudentes, de calidad y ajustadas al espíritu de la ley y que den soluciones a los problemas a los que se enfrentan los expertos en reproducción asistida a diario", señaló Casares.

Embriones congelados? El mantenimiento de embriones criopreservados en las unidades de reproducción asistida constituye unas de las áreas clave para la actuación de los Comités de Ética. En la actualidad se estima que en España existen alrededor de 50.000 embriones congelados, fruto de programas de fecundación in vitro que no han sido transferidos para provocar una gestación, según información dada en el simposio. "La legislación no establece ninguna restricción en el número de embriones generados, se apela a la responsabilidad de los profesionales", dice Casares.

2.- De médicos a tiburones de los negocios

EL PACIENTE ES UN CLIENTE AL QUE MIMAR

DM, Alicia Serrano - Viernes, 3 de Diciembre de 2010

Más de la mitad de los médicos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha decidido poner en marcha una consulta privada. Pero ya no basta con ser un buen profesional para crear un flujo de pacientes razonable, también hay que parecerlo. Si se quiere tener la consulta llena, hay que gestionarla como si se tratase de una empresa y no hacer oídos sordos a las leyes del mercado. A partir de ahora, su paciente también es un cliente, al que hay que convencer y mimar para que no le deje y se vaya a la competencia.

No hace demasiado tiempo que los médicos podían lograr un buen estatus profesional y tener sus consultas privadas llenas sin, prácticamente, mover un dedo. Sólo tenían que esperar a que el paciente llegara a su consulta, demostrarle que, efectivamente, eran buenos profesionales, preocupados, atentos, relativamente cordiales... Y voilà!, en pocos años podrían tener el terreno allanado para conseguir un nombre y una relativa posición económica. Pero ya no es tan fácil.

En las facultades de Medicina se prepara a los futuros profesionales para hacer la anamnesis, el examen físico, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Pero no dedica ni un minuto a enseñarles cómo atraer y mantener a los pacientes. Se trata de una asignatura fundamental en el caso de que el médico decida trabajar por cuenta propia, ya que actualmente los pacientes que acuden a una consulta privada son menos fieles a los especialistas, están más informados, disponen de menos tiempo y tienen altas expectativas respecto a los servicios que pagan de su propio bolsillo. Si se quiere tener éxito en los negocios -y una consulta privada es, al fin y al cabo, un negocio- estos aspectos no se pueden obviar.

Las facultades no dedican ni un minuto a enseñar a los futuros médicos a atraer y mantener a los pacientes que van a sus consultas privadas. Competencia feroz? Los hospitales llevan años dando respuestas desde el marketing, pero ¿por qué no hacen lo mismo los facultativos? Lo cierto es que más del 50 por ciento de los especialistas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) tienen su propia consulta, según estima José María Nieto, vocal de médicos de Atención Privada por Cuenta Ajena de la Organización Médica Colegial (OMC). Y en España hay 40.000 médicos empresarios que necesitan atraer y retener a sus pacientes (clientes) si no quieren entrar en números rojos. A muchos no les resulta nada fácil ponerse la careta de tiburón de los negocios, pero la competencia es feroz y aproximadamente el 30 ó 40 por ciento de sus ingresos mensuales está en juego.

Evaluar las diferentes estrategias y tácticas del acceso a los mercados y la competencia, definir el producto, comunicar, promocionar o hacer marketing son desafíos ineludibles para el especialista actual. "Ya no es suficiente con ser un buen profesional, también hay que parecerlo. Un médico en una consulta privada tiene que hacer frente a una cuenta de resultados y necesita tener

nociones financieras para no comerse su margen comercial. La mayoría de estos profesionales no están adaptados al cambio y les cuesta gestionar su consulta como si fuese una empresa", dice Luisa García Camacho, directora del programa superior de Política Sanitaria y Relaciones Institucionales de la Escuela de Negocios el Instituto de Empresa.

Entre dos y tres de las ideas que se emplean para mejorar un servicio tienen como fuente de inspiración las reclamaciones de los clientes o pacientes

A los médicos en general les cuesta entender que el mercado no les valora únicamente por su capacidad de diagnóstico y solución de problemas médicos; también lo hace por su gestión empresarial. "El especialista se siente valorado por sus iguales, algo que le gratifica mucho más que lo que puedan decir de él los pacientes. Si se dedica a ser gestor, cree que lo hará en detrimento de la parte asistencial. Le resulta difícil entender que ahora tiene que conjugar ambas facetas para hacer frente al desafío empresarial que supone tener su propia consulta", explica García.

El error más frecuente? El médico, como cualquier otro empresario, quiere rentabilizar al máximo su negocio y, si tiene vacía su consulta, sabe que es dinero que deja de ganar. Pero para llenarla de pacientes ya no vale todo y hay que tener en cuenta que la ley de la oferta y la demanda marca las reglas. "El recurso más válido que tienen es su tiempo, de manera que citan a casi todos los pacientes a la vez para asegurarse de que la consulta va a estar a rebosar. Es un error de principiantes. Genera malestar e indignación entre los pacientes, que esperan demasiado hasta ser atendidos", dice García.

Plan de negocio? La puesta en marcha de una empresa, o consulta, requiere de un estudio de mercado que demuestre que existe una oportunidad real de negocio. Es fundamental realizar un exhaustivo análisis financiero para determinar los fondos necesarios para su puesta en marcha. Para ello, es necesario saber qué productos y servicios se van a ofertar, quiénes van a ser los potenciales clientes y determinar la competencia.

Los expertos estiman que atraer a un nuevo paciente podría costar cinco veces más que agrandar a uno que ya es fiel. Por este motivo, es importante medir periódicamente el grado de satisfacción de los que acuden a la consulta. Se podría hacer una encuesta en la sala de espera para conocer qué atención reciben, valorando aspectos como la puntualidad. También es útil pedirles su opinión para mejorar el servicio. Esta es una opción nada desdeñable, ya que entre dos y tres de las ideas que se emplean para mejorar un servicio tienen como fuente de inspiración las reclamaciones de los clientes o pacientes.

Cómo triunfar en la consulta privada

Más de la mitad de los médicos que trabajan en el SNS tienen su consulta privada. Para que el flujo de pacientes sea rentable, deberían gestionarla como una empresa. Lo primero es realizar un estudio de mercado que demuestre que hay una oportunidad de negocio, hacer un exhaustivo análisis financiero, tener claro qué productos y servicios se van a ofertar, conocer a los potenciales clientes o pacientes. Los expertos recomiendan seguir estos pasos:

-Poner el foco en el cliente. Realizar un plan estratégico del paciente para saber qué se le puede ofrecer.

-Gestionar los tiempos del paciente. Los que tengan que esperar horas hasta ser atendidos buscarán mejores pastos.

-Hacer un estudio de mercado según la especialidad. Un pediatra, por ejemplo, situará su consulta en un núcleo de gente joven con niños.

-Realizar un estudio económico del proceso asistencial. Es importante conocer cuánto cuesta atender a un paciente para rentabilizar el servicio.

-Llegar a la excelencia en el servicio desde el punto de vista asistencial.

-Hacer un seguimiento del paciente y fidelizarlo. Con recordatorios para avisarle de sus citas o cuestionarios de satisfacción para mejorar el servicio.

3.- Quizá no podamos permitirnos el actual sistema de salud PODRÍA REQUERIR UN AUMENTO DEL PORCENTAJE DEL PIB

DM, David Rodríguez Carenas - Viernes, 3 de Diciembre de 2010

Quizás un día dejemos de oír eso de que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, si no el mejor. La razón está en que aumentan las necesidades mientras que la crisis económica cabalga desbocada. El momento exige soluciones cuanto antes.

Las cifras no son nuevas: la sanidad española tiene un gasto de alrededor de 60.000 millones de euros anuales -un 5 por ciento del PIB- y una hiperfrecuentación del 40 por ciento respecto a la media de la Unión Europea. Pero de tanto mirarlas no se han gastado, y siguen siendo una realidad que, no obstante, se complementa con que "la satisfacción del paciente es alta". Por eso César Gómez Derch, gerente del Hospital Universitario Severo Ochoa, en Leganés (Madrid), cree que "algo estaremos haciendo bien". Pese a ese consuelo, Gómez Derch es consciente de que "hay que ponerle coto a la situación. Las necesidades sanitarias no tienen límites naturales". Dentro de esos límites es imprescindible un término sagrado en estos días de escasez presupuestaria: la eficiencia.

"El problema es que los profesionales y los pacientes no están acostumbrados a hablar de ella, y quienes sí lo están -instituciones, gestores...- deberían ayudarles". En este contexto se postula como clave la gestión clínica.

"Podemos seguir diciendo que tenemos el mejor sistema de salud, que lo tenemos, pero puede agotarse a causa de la inequidad", según Juan Abarca

"Las reformas nacionales se han llevado a cabo en el mercado laboral, las pensiones, el sector público..., pero no en la Sanidad. ¿No hay que hacerlas? ¿No es posible? Me niego a creerlo", ha dicho el gerente del Severo Ochoa. "Cuando no queremos hacer algo se buscan excusas, como hacemos lo que podemos, es que el paciente, alguien pagará... Lo que hay que hacer es ponerse en marcha, rompiendo la inercia y los modelos de hace 30 años".

Durante el Encuentro Internacional de Líderes de Salud organizado en Madrid por la Fundación Bamberg con la colaboración de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud, Gómez Derch ha reconocido que "los gestores tenemos anestesiados los reflejos de gestión. Debemos abandonar el recurso de la retórica, ir cortito y al pie -usando lenguaje futbolístico- y asumir riesgos".

Agotamiento del modelo

Juan Abarca Cidón, director general del Grupo Hospital de Madrid, está de acuerdo con Gómez Derch en que "podemos seguir diciendo que tenemos el mejor sistema de salud del mundo, que lo tenemos", pero también en que hay que adaptarse a los cambios: "Puede agotarse a causa de la inequidad. Nuestro sistema sanitario tiene una eficiencia aceptable, pero en estos momentos -a falta de que llegue el tan temido futuro- mantenemos su coste con dificultades".

Por eso Abarca Cidón ha planteado varias soluciones: "La madre de todos los males está en politizar la sanidad; lo que hay que hacer es ser realistas". Por la parte que le toca, Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, ha reconocido que "tenemos que analizar y respetar experiencias como la libre elección en Madrid".

Siguiendo con las posibles soluciones, Abarca Cidón y Lamata han vuelto a coincidir en un elemento clave: "Hay que ver qué sistema de salud nos podemos permitir; si queremos muchas cosas, habrá que aumentar el porcentaje del PIB destinado a Sanidad", ha dicho el director de Hospitales de Madrid. "No soy partidario de reducir la universalidad de la cobertura, pero en prestaciones sí podemos discutir", ha completado Lamata.

En cuanto a la gestión, "hay que trabajar en planificación sanitaria y optimización, fomentar la atención del paciente crónico, implantar sistemas de calidad y fomentar la atención primaria, además de la especialización, con incentivos profesionales", ha añadido Abarca Cidón. "En política hay que abandonar el discurso de todo para todos, y promover el doble aseguramiento en lo que se refiere al gasto público".

OPORTUNIDADES PERDIDAS

Antonio Burgueño, director de Hospitales de la Comunidad de Madrid, ha hecho su particular análisis de la situación: "Es un problema de la inercia de crecimiento del sistema y de no saber frenar. En cualquier caso, la frenada llevará su tiempo".

Burgueño ha acudido de nuevo al Informe Abril, de 1991, para lamentar el no aprovechamiento de sus conclusiones, las cuales "siguen vigentes. Entonces se buscaba un gestor próximo a la realidad para controlar el gasto, pero en lugar de eso nos acercamos más a lo contrario; cuando el político está cerca de la demanda, se aproxima aún más a ella".

Entre las grandes medidas del informe se encontraban la separación de la provisión y la financiación, "y no hemos caminado hacia ello salvo en experiencias concretas. Y si alguien las usa le pueden tildar de privatizar, como si en Europa no se hiciera ya y sin críticas. Si hubiéramos caminado en esa dirección, el gestor público hoy tendría menos problemas".

En este sentido, Burgueño ha aclarado que el modelo PFI "no significa que me construyan un hospital, sino que se encarguen de la logística, pero las concesionarias aún deben encontrar sinergias para así obtener beneficios".

Otro camino eran las herramientas de gestión, y entre ellas "destaca la informatización. En Madrid ya tenemos muchos hospitales con historia clínica electrónica, pero no basta con eso, pues por sí sola puede dar sobrecostes. Hay que hacer reingeniería del proceso".

4.- La exigencia de seguridad en centros asistenciales es de medios, no de resultados

DM, S.Valle - Martes, 14 de Diciembre de 2010

La Sala de lo Civil del Tribunal Supremo ha revocado una sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid que condenaba a una clínica psiquiátrica privada a indemnizar a una paciente y a sus familiares por las secuelas que sufrió la primera en un intento de suicidio.

La Audiencia Provincial condenó al centro haciéndolo responsable de la seguridad de la paciente mientras permanecía en sus instalaciones, pues consideraba que debía haber evitado el intento de suicidio. La clínica recurrió la resolución argumentando que su obligación con los enfermos era de medios y no de resultados.

El Tribunal Supremo ha aceptado los argumentos del centro y afirma que la actuación sanitaria de los facultativos que atendieron a la mujer fue correcta y que las medidas de seguridad del centro también eran las adecuadas. El alto tribunal corrige a la Audiencia en la exigencia que hace al centro sobre sus medidas de control y advierte que "no es posible trasladarle deberes de seguridad que no eran acordes al mismo". La sentencia afirma que "los medios disponibles que deben proporcionar estos centros sanitarios han de contemplarse dentro de parámetros de normalidad sin exigencia de utopías y que las medidas genéricas de seguridad, cuya desatención toma en consideración la sentencia para responsabilizar a la demandada, son más propias de un centro custodial que ambulatorio (como es el del caso)".

El Supremo admite que tal exigencia no es posible, pues "equivaldría a que en el supuesto de enfermos con antecedentes clínicos reveladores de una situación de peligro, el establecimiento hospitalario debía imponer a toda costa y permanentemente". Además, el paciente debería estar en "vigilancia personal y exhaustiva casi determinante de la privación total y absoluta de libertad del paciente; situación que en el caso no se corresponde con la estructura física, recursos materiales y humanos que el centro dispone".

¿Es previsible el suicidio?

En Psiquiatría existe una discusión sin resolver que afecta a la responsabilidad judicial del especialista: ¿el suicidio es previsible o no? Y, en consecuencia, ¿es evitable? Hay una corriente profesional que alude a las numerosas estadísticas y estudios sobre el perfil del suicida que junto con otros conocimientos de la especialidad suponen instrumentos muy valiosos para identificar al enfermo mental con riesgo autolítico. Sin embargo, de esta previsión no se desprende que sea un acto evitable. En la imputación judicial a un psiquiatra por la muerte de un paciente lo habitual es que el juez exija al profesional que haya puesto todos los medios para evitar la conduzca autolítica, no para evitar su muerte.

5.- Un proyecto de vida independiente es la clave de la calidad en salud mental

DM, Laura Pérez Torres. Almería - Martes, 14 de Diciembre de 2010.

El concepto de recuperación ha cambiado para los profesionales en salud mental: de buscar que los enfermos no generaran problemas con su familia y entorno se ha pasado a un diseño de metas y objetivos para motivar a los pacientes, según se ha puesto de manifiesto en el XV Congreso que la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.

El plan integral de salud mental vigente en Andalucía aporta una perspectiva biopsicosocial o multidisciplinar centrada en la persona, "estableciendo una red de servicios y de colaboración intersectorial que pretende garantizar la continuidad de la atención y hace énfasis en la rehabilitación centrada en los grupos de riesgo", ha comentado Domingo Díaz del Peral, director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del complejo Hospitalario Torrecárdenas, en Almería. A su juicio, "gracias a este tipo de desarrollo, ahora tenemos un plan de intervención temprana en psicosis específico para la adolescencia y la infancia".

En cuanto al nuevo concepto de recuperación, "modifica un poco la visión que existe de las personas con problemas de salud mental", ha aclarado el especialista almeriense; "mientras que hasta ahora la clave era que no se descompensasen, que no generaran problemas ni en la familia ni en la comunidad, lo que se pretende es dotar a las personas de un proyecto de vida que sea definido por la propia persona con enfermedad mental, aunque alucinen o deliren. Un proyecto de vida que hay que ayudar a diseñar y en el que hay que acompañarlos". Esto tiene dos implicaciones relevantes: motiva al paciente, "enseñándole que hay otro modo de vida posible que no es el estar pegado a la asistencia, a los fármacos y al día a día rutinario", y cambia la organización, ya que "se necesitan profesionales distintos, que no s—lo den instrucciones clínicas en un momento, sino que acompañen, que sepan entender, que alivien y que aguanten la incertidumbre".

El estigma no es solo un problema de opinión, sino que influye en la evolución y en el pronóstico de la enfermedad cuando el trastorno es grave

En cuanto a los cambios, "lo que se pretende es dar el salto y pasar del tratamiento a la recuperación en la atención a pacientes, del enfermo al ciudadano, y del equipo a la red".

Este tránsito consiste en pasar del "café para todos" a una atención personalizada, ya que la atención comunitaria, aunque esté definida por los profesionales, "tiene que tener en cuenta la opinión de los pacientes. Es necesario que las necesidades las definan las personas y que nosotros les ayudemos a hacerlo y colaboremos con ellas para resolverlas. Es un salto cualitativo, no solo una cuestión de cantidad", ha dicho el especialista durante la mesa plenaria Gestión y calidad.

Contra el estigma? Otro cambio en la calidad asistencial consiste en pasar "de la locura a la ciudadanía. El estigma no es sólo un problema de opinión, sino que influye en la evolución y en el pronóstico de la enfermedad cuando una persona tiene un trastorno mental grave; no se trata simplemente de si es buena o mala persona, es una cuestión clínica relevante", ha informado Díaz del Peral.

También se ha pasado del tratamiento individual de un psiquiatra a un trabajo donde ya no solo los profesionales trabajan de manera multidisciplinar, sino que los servicios sanitarios son una parte más de la atención a la salud mental. "Todos estos pasos se están realizando poco a poco, aún no está todo hecho".

En Andalucía se está intentado establecer un modelo de salud mental comunitario con una apuesta decidida por la intersectorialidad: "El segundo plan de integración de la Consejería de Salud propone reuniones fijas con servicios sociales, planes de cooperación e integración de atención primaria y especializada. Pero, sobre todo, se estructura en unidades de gestión clínica, que pretenden organizarse con autonomía para ofrecer los mejores resultados posibles en la práctica asistencial con los mínimos inconvenientes y la mejor asignación de recursos".

Los procesos integrados y la continuidad asistencial han significado un aporte esencial de calidad en salud mental: "Esto supone que tenemos que diseñar un nuevo profesional al que hay que implicarlo en la actividad, generando un proyecto donde sienta que tenga un mínimo de cabida, que encuentre un hueco. Hay que ilusionarlo con un proyecto, incentivarlos, formarlo, pero no al menú de la casa, sino a la carta. Hay que darle autonomía y que se puedan equivocar", ha afirmado Díaz del Peral, quien ha hecho especial hincapié en la formación, "puesto que es un elemento clave en la motivación. La formación no sólo debe proporcionar conocimientos; tenemos que modificar actitudes, desarrollar habilidades y formar a la gente joven para que nos enseñe".

6.- SALUD PÚBLICA, MEDICINA PREVENTIVA Y SEXUALIDAD.

José Pérez Adán

Universidad Libre Internacional de las Américas, Universidad de Valencia

¿Cuál es la razón de la deficiente preparación de los gestores de salud pública? ¿Por qué fallan tantas medidas preventivas? ¿Podemos arreglar las deficiencias? Sí, si fuera posible que la medicina redescubriera al sujeto colectivo.

No es asunto de poca monta. Uno de los temas más importantes a dilucidar para la comprensión de los problemas actuales es precisamente el del sujeto. ¿De quién hablamos al referirnos a la sociedad global que padece crisis ecológicas o financieras? ¿Y al referirnos a un país? ¿De todos y cada uno de sus habitantes, de sólo unos pocos que etiquetamos como representativos, de los que más aparecen en los medios? El problema radica en que si no sabemos a quién nos referimos o dónde está la necesidad no podremos solucionar ese tipo de problemas que escapan al ámbito del sujeto individual y que consideramos “sociales” o “públicos”. Aquí entramos nosotros, los sociólogos, que nos dedicamos precisamente a eso: a reconocer el inicio de acciones sociales en colectivos que llamamos grupos y que no son reducibles a agregaciones individuales.

Los sociólogos somos unos incomprendidos. Particularmente lo somos por los que todavía defienden el prejuicio individualista (el individuo es el único sujeto de libertades) que tienen un problema serio a la hora de analizar la sociedad: difícilmente caen en la cuenta de que la sociedad es algo más que la suma de sus miembros. El individualista irredento que tanto abunda afirma que el individuo humano “eso sí –dicen ellos para parecer ecuanímes- abierto a los demás”, es a lo que, en definitiva, se reduce todo. Algunos han avanzado el concepto de persona para añadir una coartada moral decente al individualismo. Pero a fin de cuentas acabamos en las mismas, por eso ciertos filósofos que se llaman personalistas han necesitado desmarcarse del *personismo* (hay ciertos humanos que no son personas y otros seres vivos que sí), que es como la balsa en la que desemboca de forma natural el cauce de esa ignorancia sobre lo colectivo, a la que tampoco son ajenos algunos economistas que se llaman neoliberales.

A muchos médicos les ocurre algo parecido que a éstos filósofos y economistas en el sentido de que también ignoran qué es la sociedad viendo solo pacientes individuales. Por eso para nuestros galenos representa una dificultad muy grande resolver problemas sociales (del sujeto social) con medicina que ellos llaman preventiva (del sujeto individual). Esta dificultad se descubre sobremano a la hora de enfocar temas como la sexualidad y la afectividad, que pueden tener una consecuencia patológica individual pero que a menudo tienen una causa social (y se supone que deben tener una terapia social también).

Por eso la medicina preventiva (que es en lo que en definitiva desemboca la Salud Pública) yerra conceptualmente al aplicar terapias sociales. Tomemos el

caso de las disfunciones sexuales, por ejemplo, para ver lo que queremos decir. Dice el médico: “puesto que tenemos un problema con los embarazos precoces y la disminución de la edad de inicio de relaciones sexuales, acudamos a la persuasión preventiva instando a los jóvenes a protegerse mediante el sexo seguro”. Aquí tenemos un problema (social) detectado y aconsejamos una acción (individual) preventiva, lo cual es un contrasentido. Si el problema ya se da, ya lo tenemos, la acción no puede ser preventiva puesto que el problema ya está aquí, sino reparadora. La acción debe de reparar el roto. Es decir, debe de actuar sobre el sujeto social (no solo el individual) para rectificar un comportamiento equivocado que es operativo y no asumir que ese comportamiento todavía no se ha dado y que por tanto podrá evitarse en el futuro mediante la adecuada profilaxis.

Las campañas del sexo seguro que hemos padecido a lo largo de todos estos años han fallado precisamente por esto: erraban en reconocer al paciente (la sociedad) y fallaban en el ámbito de la terapia necesaria: una rectificación (un dejar de hacer) en vez de la propuesta de hacer algo mejor, que es lo que aconsejaban.

El ámbito científico propio para entender gran parte de los problemas sociales es la sociología y el criterio operativo para solucionarlos es el propio de la sociología, es decir el que opera con valores compartidos que conforman cultura. El problema detectado al que nos hemos referido de los embarazos precoces, que en sí mismo es la parte de un problema mayor que afecta a la misma comprensión de la sexualidad humana, no es un asunto susceptible de solución técnica o tecnológica mediante el método experimental. De hecho las veces que se han implementado este tipo de soluciones en diversos países el problema parece haberse hecho mayor en vez de solucionarse y ahora observamos una carrera hacia delante en el que las terapias propuestas al creciente problema no salen de la misma errónea visión: “a más embarazos adolescentes, más condones y más química, y si esto no funciona el problema es de dosis: nos hemos quedado cortos y harán falta todavía más, muchos más condones y mucha más química”. Nadie parece preguntarse: ¿es ésta la metodología correcta? ¿no será que nos estamos equivocando?

Pues sí: de raíz. La equivocación es de bulto.

En ciencias sociales hablamos más propiamente de salud social que de salud pública y pensamos que la solución de sus problemas específicos requiere de una comprensión previa del sujeto sobre el que operan que es la sociedad. En el caso que nos ocupa, la solución del problema de la sexualidad adolescente no puede separarse del entendimiento de la relación que existe entre sexualidad y sociedad. De pequeños siempre oímos que si el alimento era para el individuo, el sexo lo era para la especie humana. Pues bien, ¿dónde se reconoce la especie y sociedad humanas como tales? Pues se reconocen en los valores y en la cultura que conforman. Y sin incidir en ellos no pueden ni comprenderse ni solucionarse los problemas sociales, el de la sexualidad adolescente entre otros.

Pretendo llamar la atención sobre dos necesidades. Por un lado que se nos haga un poco de caso. Que se cuente con nosotros a la hora de tratar de

solucionar los problemas del paciente social. Y que se acabe de una vez con tanta tozudez en el error. Una tozudez que no es inocente pues la pertinacia en proponer a los jóvenes más sexo y más condón se salda también con más embarazos y más abortos. Y esto último es una desgracia que pagan quienes menos culpa tienen.

Y por otro, que intentemos cambiar el angular. Como se habrá adivinado, si lo que aconsejamos es dirigirnos directamente a los valores y a la cultura para dar solución a problemas serios de salud social, el consejo que late tras nuestro comentario es que nos atrevamos con la más políticamente incorrecta de las soluciones: la de proponer una (pequeña o grande) revolución cultural. Ante evidencias de crisis estructurales (la proliferación de enfermedades sociales que se alargan en el tiempo lo son) necesitamos cuestionarnos la solidez de nuestros valores y la vigencia de eso que llamamos modernidad sin miedo a que ello nos aboque a la exigencia de originalidad que provoca una reinvencción. Necesitamos repensar, cuestionar y, en algunos casos, remendar y sustituir valores asumidos, lo que en definitiva apunta a cambiar ciertos hábitos de pensamiento e incluso estilos de vida. Naturalmente que hay aquí un riesgo. Pero es un riesgo nuestro que es como debe ser. No es de ellos (los jóvenes o las futuras generaciones) por más que el prejuicio individualista trate de excusarnos recluyéndonos en la comodidad de la indolencia. Mientras que para la vieja perspectiva los pacientes están ahí fuera, para la nueva los pacientes somos nosotros. Sí, también nosotros.

7.- El Tribunal de Estrasburgo se pronuncia sobre el aborto en Irlanda

Aceprensa, 17 Diciembre 2010.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha condenado a Irlanda por la falta de disposiciones legales en un caso de aborto terapéutico, reconocido en la Constitución solo cuando está en peligro la vida de la madre. Pero a la vez ha mantenido que la prohibición constitucional del aborto vigente en Irlanda es compatible con la Convención Europea de Derechos Humanos, cosa que ha decepcionado a los promotores de la legalización del aborto.

La legislación irlandesa había sido denunciada ante el Tribunal Europeo por tres mujeres que afirmaban haberse visto obligadas a ir al extranjero para abortar, porque su salud estaba en peligro.

Los jueces de Estrasburgo han dado la razón, por unanimidad, a una de ellas que aducía no haber tenido ningún medio de hacer valer su derecho a abortar, a pesar del riesgo médico que afrontaba. Esta mujer lituana, residente en Irlanda, estaba en fase de remisión de un cáncer y temía una recaída. Afirmaba que no se le informó de si su caso entraba dentro del supuesto de aborto terapéutico, y que tuvo que ir abortar en el Reino Unido. Los jueces han condenado al Estado irlandés a pagarle 15.000 euros, en concepto de daños morales, frente a los 40.000 que pedía. Los jueces estiman que el gobierno irlandés no ha justificado la falta de una ley sobre el derecho a abortar cuando está en peligro la vida de la madre.

En cambio, el Tribunal ha desestimado las demandas de las otras dos mujeres que invocaban su derecho al aborto por motivos sociales o problemas médicos de escasa relevancia.

Un amplio margen de apreciación

El Tribunal estima que, respecto a la legislación sobre el aborto, los países europeos gozan de “un amplio margen de apreciación”, ya que no hay “un consenso jurídico sobre la definición científica y jurídica del comienzo de la vida”. Corresponde, pues, a cada país establecer la legislación al respecto. Aunque la prohibición del aborto sea una interferencia en la vida privada, la interferencia está justificada, dice el Tribunal, “por la finalidad legítima de proteger la moral pública tal como se entiende en Irlanda”.

En Irlanda, en 1983, se aprobó en referéndum una enmienda constitucional para permitir el aborto cuando estuviera en peligro la vida de la madre. En 1992, en otro referéndum se levantó la prohibición de ir a abortar al extranjero y se permitió distribuir información sobre cómo abortar fuera del país, pero se rechazó la legalización del aborto en ciertas condiciones.

Ante la falta de apoyo parlamentario, los grupos partidarios de la legalización del aborto han basado su acción en casos extremos para provocar decisiones judiciales. Así en 1992 el caso aducido ante el Tribunal Supremo fue el de una chica de 14 años, que afirmaba haber sufrido violación.

Con los tres casos ahora aducidos se quería hacer ver que la prohibición del aborto pone en riesgo la salud de la mujer. Sin embargo, Irlanda está entre los países con menores tasas de mortalidad materna.

Como la decisión del Tribunal no exige a Irlanda anular la prohibición, los grupos pro aborto se han manifestado en un comunicado “muy decepcionados”.

8.- Un hospital más abierto al profesional y al paciente gracias a la web 2.0

Joan Altimiras

DM; 27 diciembre 2010.

En los últimos meses se habla del cambio que deben dar los profesionales sanitarios para adaptarse a los nuevos tiempos, marcados por las ventajas de la web 2.0. Pero no se habla tanto de las instituciones sanitarias, como los hospitales, que también pueden sacar un gran partido de herramientas como las redes sociales.

La apertura del Hospital Universitario Son Espases, en Mallorca, supone una mejora sustantiva en los recursos sanitarios de las Islas Baleares. El centro supone un gran avance para la sanidad pública de la región, y las nuevas instalaciones y la mejora en el equipamiento tecnológico nos permitirán ofrecer una mejor calidad asistencial. El nuevo hospital supone modernizar la experiencia adquirida durante más de 55 años en Son Dureta.

Un hospital del siglo XXI, más amplio, cómodo, y con mejor infraestructura, no puede quedarse atrás en aspectos complementarios a la atención sanitaria pero esenciales. El hospital debe realizar tareas de comunicación tanto con sus pacientes, ciudadanos y profesionales, como con la comunidad sanitaria, acorde con los tiempos que corren. Y ello significa apostar por la utilización de las redes sociales y las plataformas de la web 2.0. El objetivo es acercar la institución al público y viceversa. No sólo queremos informar de forma más sencilla y rápida, sino poder escuchar al paciente y al profesional sanitario.

El concepto 2.0, basado en la interacción de los usuarios al compartir contenidos y opiniones -por ejemplo en redes sociales como Facebook-, es una forma de comunicar que aporta numerosas ventajas. La principal es que permite la conversación, pues el usuario, paciente o médico, dispone de un canal en el que poder comunicarse directamente, mejorando la fluidez de otros modelos tradicionales, y aportando transparencia al proceso y facilitando el progreso, ineludible para las instituciones sanitarias, de la integración gradual de los pacientes como protagonistas de la atención.

Aunque la presencia de las empresas en las redes sociales se vislumbra como una estrategia inevitable, su incorporación es lenta. Sólo un 30 por ciento de las empresas del Ibex 35 están presentes en estas plataformas. Sin embargo, algunas compañías internacionales han comprendido su potencial e incluso han podido comprobar sus resultados como instrumento de sus políticas de innovación en lo que ya se está denominando wkinomics. Empresas como Goldcorp, Procter & Gamble, IBM, Coca-Cola, Peugeot, Starbucks y Dell han sido capaces de integrar a través de la Red el talento que hay fuera de sus departamentos de I+D, generando importantes líneas de colaboración con profesionales de todo el mundo en estrategias de innovación. El potencial de esta estrategia en el mundo de los profesionales sanitarios nos parece extraordinariamente prometedor.

A nivel internacional, hospitales de referencia como la Clínica Mayo, en Estados Unidos, disponen de un departamento exclusivo dedicado a la comunicación en redes sociales porque, en definitiva, es allí donde se encuentran los ciudadanos. Además, en España hay iniciativas similares, como las que realiza el Hospital San Juan de Dios, en Barcelona, que también apuesta por la comunicación a través de la web 2.0. Además, la blogosfera sanitaria se encuentra en un momento álgido, como explicaron Julio Mayol y Miguel Ángel Máñez. Máñez explicaba que "las ideas triunfan cuando llega su momento, nos guste o no. Y las nuevas generaciones de ciudadanos confían en nuevos canales y formas de comunicación. Desean inmediatez y retroalimentación para sus necesidades. (...) Se acabó el yo hablo, tú escuchas". Es indudable que la web 2.0 mejora en tiempo real la aplicación del concepto básico de comunicación: compartir la información.

La experiencia de Son Espases

En el caso de Son Dureta, desde la dirección y la unidad de comunicación, una de las primeras iniciativas con vistas a la inauguración del centro de Son Espases fue la puesta en marcha de un blog (www.elblogdeunhospital.com) en el que de forma anónima y desde dentro se mostraba el proceso de construcción del hospital. Mediante esta narración en primera persona se fueron explicando los equipamientos y características del nuevo centro. Una vez se confirmó que el nombre del hospital sería Son Espases, el blog se ha mantenido como canal alternativo para seguir informando sobre las novedades del nuevo centro y del proceso de traslado. Con esta filosofía de cercanía y transparencia se ha mostrado cómo se organizaban las visitas de los trabajadores al nuevo centro y qué formación recibían, cómo se ha previsto el traslado, qué mejoras aportará respecto al antiguo centro, etc. También se ofreció la posibilidad de responder a las preguntas de los usuarios y se explicó cómo serían los quirófanos, la biblioteca médica o el sistema informático.

En paralelo al blog del hospital, se creó una página en Facebook de Son Dureta, en la que se han publicado noticias del centro. Ha sido un canal de información complementario a los tradicionales que nos ha permitido comunicar con un público -los propios trabajadores del hospital en buena parte- presente en las redes sociales, que de otra forma hubiera sido menos directo, ofreciendo además la posibilidad de interactuar con los usuarios y responder sus dudas, quejas y sugerencias.

Recientemente, y con motivo de la proximidad de la inauguración del nuevo centro, también se ha creado una página en Facebook de Son Espases (<http://facebook.com/sonespases>). En este caso los contenidos están más orientados al traslado y, sobre todo en esta primera etapa, al profesional sanitario del propio centro. Así pues, se ha utilizado como una herramienta de comunicación interna complementaria a la intranet que resolvía dudas con inmediatez y facilidad. En una segunda fase, inaugurado el hospital, los contenidos de la página son de interés para el paciente, mediante artículos divulgativos, consejos e información en el ámbito de la salud. Y a nivel interno, vistas las ventajas, seguiremos utilizando la plataforma, por ejemplo mediante una de las posibilidades que ofrece Facebook: el grupo privado. Los resultados conseguidos hasta hora en cuanto a interacción con los usuarios y número de

seguidores en redes sociales son muy satisfactorios, pues demuestran un interés real por este nuevo espacio.

Además del blog y de Facebook, también tenemos presencia en Twitter (@sonespases), la red social que permite intercambiar mensajes cortos y enlaces de interés. Dado el perfil especializado del usuario de esta red, ofrecemos una información más específica relacionada con la salud y sobre todo con la sanidad 2.0, participando en el debate sobre el uso de las nuevas tecnologías, y compartiendo iniciativas innovadoras de salud. Además, Twitter es uno de los canales de comunicación más prácticos y rápidos para comunicar con el público.

Este proceso de implantación de las redes sociales como canal de comunicación complementario requiere un proceso de aprendizaje de las herramientas y de los propios errores, inevitables por lo novedoso del canal y de la estrategia, porque no sólo consiste en la presencia en las redes sociales sino en los propios internos y en la actitud de apertura y escucha constante. Pero las ventajas que aporta invitan a asumir retos más ambiciosos como plataformas de conocimiento on-line o espacios de debate en red para pacientes y profesionales.

La atención a la salud no puede ser igual que en el siglo XX; las nuevas tecnologías y la proactividad de muchos usuarios de la sanidad hacen necesario que los sistemas de salud y los centros exploren y avancen por el camino de la innovación. Y, aunque pueda parecer un tema menor en comparación con los grandes avances en tecnología y conocimiento médico que deben incorporarse, no es de recibo pensar que con tecnología y conocimiento es suficiente. Debemos avanzar en el concepto de un sistema sanitario de y para las personas, y, a día de hoy, es imposible hacerlo sin innovar en comunicación.

9.- El sistema debe cambiar para mejorar, centrándose en la eficiencia: cultura, comunicación, calidad

KATE ELLIOTT. FUNDACIÓN GASPAR CASAL

DM, 28 diciembre 2010.

Pocos agentes del sector sanitario dudan de que éste deba cambiar para mantenerse sostenible. Es preciso centrar este cambio, a juicio de la autora, en crear una nueva cultura centrada en la calidad y la eficiencia, y en mejorar la comunicación entre los profesionales.

Hay muy pocas cosas en el mundo de la sanidad y la política sanitaria que no susciten debate, pero la necesidad de adaptar el sistema actual, de alguna forma u otra, a unas condiciones cambiantes parece figurar siempre entre ellas. Existe un consenso, por lo menos en términos teóricos, de que hay un gran número de obstáculos importantes a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de todo tipo, tanto en España como en el extranjero. Son factores que resultan familiares a quien haya indagado algo en la literatura reciente: el envejecimiento de la población (y la cronificación de enfermedades anteriormente fulminantes), los costes crecientes y la falta de recursos, las condiciones de calidad y acceso, que muchas veces son inconsistentes. Lo que sí provoca debate, lógicamente, es cómo abordarlos.

Quizás la dificultad más importante de la situación actual radica en que las innovaciones que más han cambiado la práctica médica en los últimos 50 ó 60 años son fruto de unas técnicas y estrategias que son cada vez menos factibles y más infructuosas. El historiador británico James Le Fanu identificó este problema en El auge y caída de la medicina moderna: la medicina, igual que las demás ciencias, gozó de una edad de oro en la que sus posibilidades aparentaban ser ilimitadas, pero el ritmo de su progreso ya había disminuido considerablemente. Los últimos diez años no han hecho más que atestiguar su hipótesis: el desarrollo de nuevos fármacos, por ejemplo, se ha frenado tanto que la falta de nuevos medicamentos ya amenaza hasta las compañías farmacéuticas más grandes. Aunque no es imposible que haya una innovación disruptiva que resulte muy eficaz sobre algo como el cáncer, el modelo en sí ya ha dejado de funcionar. Los avances tecnológicos, por muy sugestivos que puedan ser, no atienden a los problemas sistémicos subyacentes.

Muir Gray, el director de la gestión de información y conocimiento del Sistema Nacional Sanitario del Reino Unido, lo resume así de simple: "Más de lo mismo no es la solución".

Pero entonces, ¿cuál es la solución? ¿Por dónde empezar? El III Congreso de Gestión Clínica, celebrado en Madrid (ver DM del 22-X-2010), presentó una oportunidad clara para contemplar tales preguntas, y una de las ideas más llamativas que surgió fue la de la cultura del sistema sanitario como elemento clave. Gray identificó la cultura como el eje más básico del cambio; si bien es la parte más difícil de cambiar, también es la que tiene más efectos profundos y duraderos. Señaló que una cultura abierta de comunicación en términos consensuados es fundamental para un sistema ágil y capaz de adaptación: si ni

los propios gestores coinciden en términos muy elementales de la gestión (puso el ejemplo de calidad y valor), entonces la coordinación y la cooperación a todos niveles serán muy difíciles, si no imposibles.

La idea de que las mejoras en la comunicación producen una cultura más eficiente que derive mejores resultados de la salud ya tiene unas pruebas esperanzadoras, siendo notable su aplicación en el quirófano y en la UCI. En enero del año pasado la Organización Mundial de la Salud publicó un informe detallando un estudio en el que ocho hospitales mundiales implementaron un programa piloto del uso de listas de verificación para la cirugía. Cortas y directas, las listas de verificación sólo obligaron a los profesionales a repasar los detalles del paciente y el procedimiento antes de la intervención -o sea, codificaron la comunicación entre los participantes. A pesar de -o tal vez debido a-su sencillez, las listas de verificación tuvieron un éxito considerable, bajando las tasas de complicaciones y mortalidad asociada con la cirugía un 33 y un 40 por ciento respectivamente. Cabe destacar que entre los ocho hospitales figuraron centros de Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Nueva Zelanda; o sea, que el efecto positivo de las listas no se limita a los hospitales menos avanzados.

Herramientas de comunicación

Atul Gawande, cirujano americano que contribuyó a la elaboración de las listas que usó la OMS, hace explícita la conexión entre una cultura que favorece la comunicación (y que facilita las herramientas necesarias para tenerla) y los resultados de la salud favorables. El Checklist Manifesto describe tanto la inspiración para la innovación (las listas de verificación que se usan en la aviación) como su primera aplicación hospitalaria (en unas UCI en Michigan, Estados Unidos, donde observaron que la tasa de infección de las vías centrales bajaba un 66 por ciento). Para Gawande, la única manera de gestionar un proceso tan complicado como las múltiples intervenciones que constituyen la asistencia médica es ineludiblemente a partir de un alto grado de comunicación entre todos los individuos involucrados a todos los niveles. El uso de listas de verificación representa una estandarización del proceso comunicativo y proporciona a todos los agentes la oportunidad de resolver dudas fuera de las jerarquías normales.

El aumento de la comunicación, y los buenos resultados que implica, también se documentaron el mes pasado en un estudio en el JAMA. Usando el programa de la OMS como punto de partida, un grupo de investigadores llevaron a cabo un estudio con un grupo de control (algo que faltó en el informe de la OMS) en 108 hospitales en Estados Unidos, complementando el uso de las listas de verificación con sesiones informativas para los participantes antes y después de la intervención. Confirmaron que el uso de las listas tuvo efecto y se bajó la tasa de mortalidad asociada a la cirugía en los hospitales que las usaron, pero destacaron también el énfasis en la comunicación que tenía el programa de entrenamiento y el fomento del trabajo en equipo.

* El uso de listas de verificación en quirófano tiene efecto y baja la tasa de mortalidad asociada a la cirugía; también es destacable el énfasis en la comunicación y el fomento del trabajo en equipo

Al final, no son más que tres ejemplos sueltos, pero indican un potencial para la mejora basada en la cultura y en el uso innovador de las tecnologías ya existentes. No pretendemos sugerir que los cambios sean fáciles -tanto Gray como Gawande enfatizaron la resistencia tremenda que existe, y esto no se puede descartar- sino que son posibles, y que ya disponemos de unas herramientas poderosas para llevarlos a cabo. Se precisa liderazgo, esfuerzo sostenido en el tiempo y, sobre todo, ganas de mejorar nuestro trabajo de todos los días.