

# El cuidado de la salud: de la información al conocimiento

Josep M. Picas Vidal  
Carolina Lapena Estella

PID\_00162835



Universitat Oberta  
de Catalunya

[www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)



# Índice

<b>1. La salud y la enfermedad en su contexto.....</b>	<b>5</b>
1.1. El modelo biomédico .....	5
1.2. La reducción del daño .....	6
1.3. La enfermedad como cuestión social y cultural .....	6
<b>2. La comprensión de la información.....</b>	<b>10</b>
2.1. <i>Health Literacy</i> y <i>Long Life Learning</i> .....	10
2.2. Las TIC en el entorno sanitario .....	15
2.3. Las iniciativas informativas/formativas por parte de diversos actores sanitarios .....	32
2.4. Los enfermos: la compartición del conocimiento y las experiencias de enfermedades .....	35
<b>3. Los profesionales y el conocimiento.....</b>	<b>38</b>
3.1. La gestión, el conocimiento y el razonamiento clínico .....	38
<b>Resumen.....</b>	<b>45</b>
<b>Actividades.....</b>	<b>47</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>48</b>



## 1. La salud y la enfermedad en su contexto

De acuerdo con cada sociedad y su forma de organizarse, las personas han elaborado diferentes conceptos de la salud y cómo promoverla, y de cómo prevenir la enfermedad y aligerarla. El sentimiento de pertenencia a una sociedad participa también de este universo simbólico. Cada sociedad/cultura, desde los tiempos antiguos, ha desarrollado sus propios sistemas, procedimientos y modos de curar.

### 1.1. El modelo biomédico

El modelo biomédico (también conocido como occidental) en nuestra sociedad ha tenido numerosas repercusiones más allá de las propiamente científicas y contribuido enormemente a sedimentar el imaginario, que ahora se cuestiona, de la enfermedad concebida como algo individual y biológico.

Desde el punto de vista social, el modelo biomédico actual muestra sus limitaciones cuando atomiza el cuerpo y la enfermedad en compartimentos estancos que sólo se relacionan con las diferentes especialidades médicas y no entre sí, universaliza las distintas patologías obviando particularidades, entiende sólo la unicausalidad de la enfermedad y da una unidimensionalidad al problema: la biológica. Ante esto se propone desde el punto de vista social una visión holística, multicausal, de muchas patologías, con una imbricación no sólo en la biología sino también en la cultura.

Para ordenar la realidad de los padecimientos surge una categorización, que, en nuestro modelo biomédico, está centrada en la biología con los diagnósticos. Esta clasificación puede suponer ventajas (más allá de las propiamente científico-sanitarias): facilita la mediatización, la sensibilización, puede favorecer una actuación política con una posible dotación económica para investigar, etc. También puede acarrear inconvenientes: más allá de su propia limitación en cuanto que se trata de algo construido y, por tanto, arbitrario, recibir un determinado diagnóstico o etiqueta puede ser fuente de victimización, estigmatización o estereotipación<sup>1</sup>.

Otro inconveniente de esta clasificación, más allá de si es justa o no, y de la protocolización que se deriva de ella, es que a menudo pretende homogeneizar y unificar, ignorando que dentro de un mismo grupo de personas con un problema de salud o grupo de riesgo no todos lo perciben igual ni necesitan lo mismo: hay particularidades individuales y vivencias que condicionarán a las personas "etiquetadas/diagnosticadas". Es fundamental conocer qué sentido

#### Referencia bibliográfica

M. A. Martínez Hernández (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

<sup>(1)</sup>Susan Sontag habla de cómo se crean las metáforas sociales que usamos con distintas enfermedades para entenderlas, y de cómo estereotipamos a las personas según la enfermedad que padecen.

tienen para los actores sociales los diferentes itinerarios y cómo discriminan entre las opciones que surgen (cada vez más y más complejas en un mundo tecnológico y globalizado).

## 1.2. La reducción del daño

Todas las actividades de atención a la salud, las que provienen de la biomedicina o de otros sistemas, han de ser valoradas, no desde una perspectiva sesgada que observe unas u otras actividades como si fuesen excluyentes unas de otras, sino como un itinerario terapéutico recorrido por la persona que entreteje las redes sociales para la atención de la salud, su salud.

La autoatención, entendida como un hecho universal, supone un abanico de opciones entre las que el individuo escoge. Puede ser que este abanico sea amplio, pero a veces, lamentablemente, no lo es, y las opciones que hay no admiten tanta variación. También es posible que la actuación de la persona pueda verse condicionada por la causa que adjudica al episodio: ello puede hacer que dicha persona acuda al centro de salud o consulte a un vecino, por ejemplo. Las estrategias se elaboran con una racionalidad elaborada.

Mark Nichter exponía su idea de "la reducción del daño" como el fin último de las personas: el riesgo es el móvil para que disminuya ese riesgo y se aumente la sensación de control con las prácticas que se derivan. La reducción del daño es una de las principales maneras de abordar la prevención de la enfermedad en las culturas locales. El autocuidado es una estrategia de reducción de daño.

La "reducción del daño" permite abordar prácticas y modos de pensar la salud, tanto por parte del mismo afectado como de las instituciones, para ver cómo se condicionan las relaciones y esas mismas prácticas.

Nuestra sociedad occidental, tal y como explican Beck y Giddens, es una "sociedad del riesgo" (aunque la percepción del riesgo también se da en los otros países) y se puede incrementar cuando en el ámbito gubernamental, por ejemplo, surgen multitud de campañas de promoción de la salud y prevención del daño, que a veces, lejos de mitigarlo, generan en la población sentimientos de vulnerabilidad. Otras veces, el riesgo es percibido por la propia persona. Cuando un individuo se ve expuesto a un padecimiento, le surgen sensaciones de angustia, miedo y preocupación, se siente vulnerable y aparece algo negativo en su cuerpo que debe ser resuelto. Todo este cúmulo de sentimientos y preocupaciones activan una serie de conductas racionalizadas encaminadas a reducir un daño real o potencial.

## 1.3. La enfermedad como cuestión social y cultural

En nuestro entorno occidental, contrariamente a la percepción de hiperfrecuentación que expresan los profesionales sanitarios, tres cuartas partes de los signos y síntomas que presentan las personas son resueltos "en su casa". He-

### Referencia bibliográfica

M. Nichter (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica". *Desacatos*, enero-abril, núm. 20 (págs. 109-132). México.

chos como éste cuentan con la aprobación de cualquier sistema sanitario, ya que, de no ser así, si todos estos procesos que se resuelven a través del autocuidado se medicalizaran y los enfermos acudieran a profesionales sanitarios, el sistema no podría asumirlos y se colapsaría. La visión ambivalente que la biomedicina tiene del autocuidado debe cambiar: por un lado promueve unas conductas, y por otro sataniza las demás, siendo así que todas forman parte de la misma faceta de autocuidado de la persona. Una biomedicina inquisitiva es poco eficiente, es insostenible, y trunca la idea de una sociedad autónoma y organizada.

Analizar la versión de quien sufre la patología, además de ser un ejercicio antropológico, ayudará a romper con la idea de que quien la sufre es un ser pasivo y sin ninguna responsabilidad en el proceso, y será un quehacer útil para solventar los problemas de comunicación en la relación terapéutica o llevar a cabo un programa de educación y promoción para la salud.

La enfermedad es una cuestión social y cultural. Cuando alguien enferma, la colectividad espera de dicha persona que "colabore" para resolver su disfunción, y, a su vez, el enfermo (y, cabría decir, todavía más el crónico) apela a la colectividad, su colectividad, para recibir conjuntos normativos, esto es, instrucciones de cómo comportarse tanto en medidas preventivas de todo tipo como en necesidades asistenciales más allá de las estrictamente sanitarias, sin obviarlas. Las formas de soporte social se ven potenciadas ante la cronicidad, demandadas por el propio afectado en un intento de dar coherencia a su situación.

La red social es una fuente o una suma de variadas fuentes de información que pueden influir e influirán en el proceso de salud-enfermedad de las personas: la familia, el vecindario, el trabajo, la escuela, la calle, Internet... Cualquiera de ellos puede ser un "lugar de salud". Estas redes específicas de relación social motivadas por la enfermedad son sistemas culturales de atención a la salud. Podemos dividir estos lugares en:

- Profesionales: oficialmente legitimados e institucionalizados.
- Folk: menos profesionalizados, con inclusión de prácticas no biomédicas.
- Sectores populares: caracterizados por la autoatención y sus procesos.

Todos tienen un objetivo común y lo ideal sería una interacción entre ellos. La corriente biomédica de antaño tendía a medicalizar los autocuidados, dándolos como parte del tratamiento prescrito por el sanitario y manteniéndolos sujetos a su supervisión. Las prácticas autogestionadas complementan y compiten con la oferta de la atención médica profesional y, a veces, incluso pueden llegar a cuestionarla. Así, por ejemplo, con la nueva ley del medicamento del 2006 y la controversia sobre si ésta permite la prescripción de medicamen-

#### Referencia bibliográfica

J. M. Comelles (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

tos en línea se pone encima de la mesa un debate controvertido y apasionado sobre la quizá excesiva accesibilidad a determinados productos y la supuesta capacidad del paciente/consumidor final.

### Referencia bibliográfica

C. Mercado Carmona (2006). "La venta de medicamentos por Internet en la nueva Ley del medicamento, Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios". *Revistaesalud.com* (vol. 2, núm. 8, IV trimestre, 2006).

Un nuevo modelo de atención y gestión de la salud debería proponer lo mejor de lo mucho y diverso que el modelo biomédico ofreció, pero poniendo al paciente en un primer término para dotarlo de un papel protagonista que tendría en cuenta su calidad:

- **Pluridimensional**, lo que ofrecería una atención holística, integral, en lugar de la obsoleta visión del modelo biomédico que tendía a atomizar tanto al sujeto de estudio (el enfermo) como al objeto de estudio (la enfermedad) e impedía contemplar y abordar esta última de una manera procesual, dialéctica y contextualizada.
- **Interdisciplinaria**.
- **Complementaria** con las diferentes fuentes de la red social.

Toda intervención que quiera contar con la participación activa y la corresponsabilidad de los actores y grupos sociales debe apoyarse en los saberes y prácticas locales.

Las estadísticas reflejan que uno de cada cuatro europeos acude a Internet para resolver sus dudas sobre problemas de salud. Dinamarca, Bélgica y Holanda encabezan la lista de la Unión Europea en este sentido. España desciende por el momento al penúltimo lugar, seguida sólo por Grecia.

Ello obliga a repensar las herramientas de información en nuestro mundo global, como las webs 2.0 y los canales de información... de que disponemos. Se da la paradoja de que, mientras por un lado hay un acceso fácil a montones de datos médicos volcados en Internet, que incluso llevan a mucha gente a autodiagnosticarse y/o automedicarse (corren malos tiempos para los hipocondríacos), por otro lado, sin embargo, los grupos que más se beneficiarían de dichas herramientas no están familiarizados con su uso. Quienes más consultan estas fuentes son los jóvenes de entre 18 y 34 años, mientras que quienes más patologías padecen son las personas de edad avanzada.

Otra fuente de reflexión debería ser que la herramienta que se ofrezca responda a una necesidad real de salud de la población y no sólo al consumo. La nuestra es una sociedad en transición, una "sociedad del conocimiento", en la que la información y el cuidado ya han pasado a ser un bien de consumo más y los papeles parentales están en plena redefinición.

### Referencia bibliográfica

L. Pujol (2009). "Si no me empoderas... me emancipo!". *Revistaesalud.com* (vol. 5, núm. 19).



Por último, debemos plantearnos el rigor y fiabilidad de la información que facilita el ordenador, que a menudo se desconoce. Las herramientas que sí dispondrían de garantías quedan al alcance de pocos por el desconocimiento que la mayoría tiene de su existencia o por la ya citada falta de familiaridad con las nuevas tecnologías de muchos enfermos, principalmente crónicos. Quienes más podrían beneficiarse de las nuevas herramientas que surgen no suelen estar habituados a las nuevas tecnologías y, además de una situación de pluripatología, padecen limitaciones sensoriales por procesos degenerativos propios de la patología crónica en cuestión o por la edad.

Actualmente, en nuestro país la mayoría de estas fuentes validadas están indicadas o "prescritas" por sanitarios, lo que dificulta tanto la complementariedad con otras fuentes de la red social como el paso definitivo hacia la autonomía del paciente, único protagonista del proceso.

Desde siempre ha existido una alternativa al "cara a cara" del paciente con el médico; el entorno social del sujeto ha sido y seguirá siendo activo y decisivo en ese proceso. Quizá con las nuevas tecnologías se abra la posibilidad de visibilizarlas y contar por fin con ellas como una variable más, y así aumente el conocimiento tanto del paciente como de los sanitarios e instituciones.

#### Referencia bibliográfica

D. Gutiérrez Rodríguez; A. Martínez Fraga; L. M. Gómez; C. Rodríguez Pardiño (2009). "Longevidad Satisfactoria. Etapa de reto actual". *Revistaesalud.com* (vol. 5, núm. 17).

## 2. La comprensión de la información

### 2.1. *Health Literacy* y *Long Life Learning*

Aunque esta aseveración pueda parecer simple, probablemente es la causa central de la problemática; para que una información se convierta en conocimiento debe de ser comprensible, y en este requisito radica uno de los mayores problemas.

En general, la información generada por el sector sanitario es de una alta complejidad y se utiliza casi como un código de señales entre los mismos profesionales sanitarios. La inicial utilización de palabras procedentes del latín, junto con las de origen técnico y, por tanto, de utilización restringida, y la proliferación de acrónimos, que en muchos casos son lenguajes y submundos incluso dentro de una misma especialidad en un hospital, hacen difícilmente comprensible una información generada para su consumo interno.

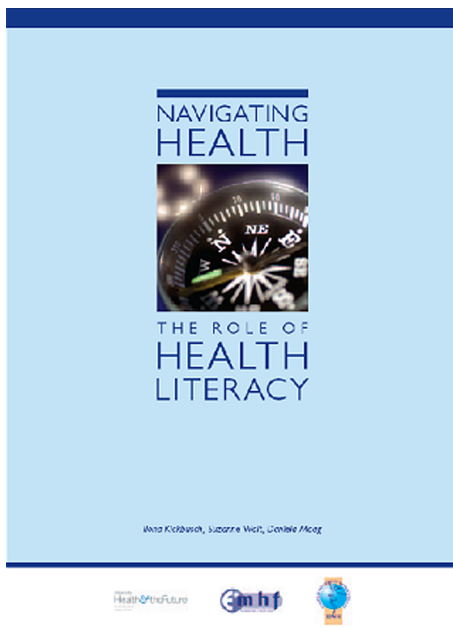


**“We need to put our faith in consumer ignorance.”**

Quizá sean el paradigma de ello los folletos explicativos que acompañan a la medicaciones dispensadas en las oficinas de farmacia. En un entorno en el que las instrucciones de uso de complejos equipamiento electrónicos se esfuerzan por suministrar al cliente una "guía rápida" de fácil comprensión, resulta sorprendente que el sector sanitario persista en suministrar una información incomprensible, en este caso de un producto terapéutico que tanta problemática sanitaria puede generar como consecuencia de su incorrecta administración o debido al incumplimiento de indicaciones y dosis o a la falta de atención sobre sus efectos secundarios e incompatibilidades.

Fue este tema el que generó, hace ya años, el concepto de **Health Literacy**, de difícil traducción al español, que incluye todos los conceptos relacionados con la adquisición de conocimiento por parte de los ciudadanos y que recientemente se ha complementado con el concepto de navegación por el sistema sanitario, importado del concepto de navegación por Internet.

A este respecto es interesante la conceptualización elaborada por Ilona Kickbusch, Suzanne Wait y Daniela Maag a raíz de una investigación realizada en Suiza, que se recoge en un trabajo divulgativo publicado bajo el nombre de *Navigating Health, The role of Health Literacy*.



En este documento, el itinerario de salud de los ciudadanos es entendido utilizando la metáfora de la navegación. Se presenta un ambiente o contexto en el que los actores deben decidir entre la multitud de fuentes de información existentes cuáles elegirán para adoptar sus decisiones de salud. Las autoras plantean el hecho de que tal avalancha de información, por su abundancia y complejidad, puede llegar a aturdir en lugar de orientar. Señalan que este momento de la persona es un instante de especial vulnerabilidad, en el que se toman decisiones que entrañan riesgos en sí mismas y sumergen al paciente o ciudadano en la incertidumbre de lo que puede suceder por efecto de tales decisiones. Resaltan la importancia de disponer de un mapa sobre el que se puedan establecer predicciones y, por tanto, amortiguar o evitar la angustia de la incertidumbre.



Para "navegar" en la salud, según las autoras, se debe ofrecer:

- Un ahora.
- Un allí: a donde se va.
- Un mapa fácil de interpretar según las propias características del usuario que accede.
- Un compás.
- Un camino.
- Un "amigo", entendiéndolo como el entorno humano que las personas consideran esencial para el itinerario de salud, principalmente para los pacientes de más edad.

La noción de *Health Literacy* contempla el contexto de la persona como clave y explicita la repercusión que sobre estos agentes tienen las decisiones de salud tomadas por el paciente como una expresión de su libertad y autonomía. Elegir tiene que ver con la equidad.

Queda claro que se trata de algo más que dar información a las personas, que a menudo no es suficiente si éstas no entienden, no interiorizan su poder de acción, su capacidad de "hacer o no hacer".

Se aportan resultados económicos que refuerzan la eficiencia de la *Health Literacy*, reflejando que disponer de una pobre *Health Literacy* supone elevados costes tanto para el mismo paciente como para la sociedad en general. Se citan estudios que muestran que las personas con una baja autonomía sanitaria son:

- más frecuentadores de los servicios de urgencias,
- más conformistas con ingresar en servicios de hospitalización,
- menos cumplidores con los tratamientos farmacológicos prescritos por los facultativos,
- menos usuarios de los servicios de prevención,
- personas que generan más gasto sanitario y de cuidados.

Se exponen las diferentes experiencias de diversos países: Reino Unido, Irlanda, Alemania, Canadá, Estados Unidos..., y cómo las han afrontado sus políticas nacionales.

En cuanto a la prevención también se subraya que cuidar de la salud no sólo es una tarea a emprender cuando se está enfermo; se insiste en la necesidad de anticiparse a las patologías y normalizar la atención a la salud desde la cotidianidad.

Se resalta que la salud no es sólo el producto de los profesionales sanitarios, sino también el resultado de acciones individuales (autocuidado) y sociales. Respecto a la diversidad que se da en todas las sociedades, destaca la importancia de que los agentes sanitarios dispongan de competencias culturales para atender esta heterogeneidad.

Si bien el individuo es peculiar, también lo es su entorno. En todo el documento se ensalza la importancia del contexto. Puntualiza que demasiado a menudo las campañas de salud pública fracasan porque se comete el error de descontextualizar a las personas de su entorno social, el más inmediato.

Con la situación mundial actual, establecer los límites de "lo doméstico" o "lo local" se hace cada vez más difícil.

En este mundo globalizado no se produce únicamente un flujo de mercancías y empresas, también las personas se desplazan y no sólo para ofrecer su capacidad de trabajo, y las que provienen de otros lugares traen y aportan su particular manera de entender el mundo, ni mejor ni peor, simplemente distinta. También la visión de la salud y la enfermedad pueden variar entre grupos étnicos o culturas. Las autoras lo plantean como un "choque cultural" en el que la *Health Literacy* puede ser una herramienta tremendamente útil.

La sanidad de los inmigrantes es un claro ejemplo de la necesidad de que la alfabetización sanitaria sea interactiva y bilateral. Con la alfabetización sanitaria, como elemento facilitador tanto para pacientes como para profesionales, puede llegarse a establecer un verdadero diálogo.

Paciente inmigrante		Médico local
Enfoque cultural y valores propios respecto a la salud	• Encontrar un espacio común para enfocar la situación sanitaria.	Deber de asistencia sanitaria definido por su formación y cultura médica
Posible desconfianza de los enfoques locales a la asistencia sanitaria	• Diálogo y debate fomentados por ambos.	Posible ignorancia o nociones preconcebidas sobre las actitudes culturales de los pacientes sobre la asistencia sanitaria
Barreras lingüísticas	• Escuchar.	Puede que no hable el idioma de los pacientes
Contexto familiar, influencia de los miembros de la familia	• Aprendizaje recíproco.	Puede que no tenga en cuenta el contexto o la influencia de la familia
Barreras económicas, carencia de seguro médico	• Clima de confianza y colaboración.	Falta de tiempo, recursos limitados, flexibilidad limitada para adaptar la práctica estándar
	• Uso de los servicios de un intérprete o traductor, si es posible.	
	• Incluir a familiares en el debate sobre opciones de asistencia sanitaria.	

→
←

Alfabetización sanitaria de los pacientes
Alfabetización sanitaria de los profesionales

Respecto a los aspectos culturales, la perspectiva de género se muestra también como un elemento clave para la *Health Literacy*. Es evidente que, probablemente por el bagaje cultural, hombres y mujeres tenemos actitudes distintas ante diferentes situaciones, y en el cumplimiento de los objetivos de salud, también.

Las mujeres siguen siendo las cuidadoras mayoritariamente. Por más que este papel haya cambiado en los últimos años por la incorporación de la mujer al mundo laboral y otros factores, ellas siguen siendo quienes asumen la responsabilidad en el proceso de salud. También es distinta la manera de afrontar la misma enfermedad entre hombres y mujeres. Personalizar cada vez más los mensajes sólo es posible conociendo las teclas clave para llegar a los intereses y sentimientos de aquel a quien se está atendiendo.

Finalmente, el documento plantea la *Health Literacy* como una herramienta clave y básica (incluso llega a considerarla un derecho) en las políticas de salud pública de las sociedades occidentales, en las que deben implicarse tanto los gobiernos como multitud de sectores para fomentar la mayor autonomía y, por tanto, la responsabilidad de la persona.

Después volveremos con estos conceptos y profundizaremos más en ellos, pero quizá sea necesario ahora intentar analizar alguna de las posibles causas.

Seguramente, la causa inicial procede de la propia historia de la práctica de la actuación sanitaria, muchos siglos de estigmas morales alrededor de la enfermedad han facilitado el oscurantismo en su tratamiento (basta recordar que hace unos cientos de años, durante la Edad Media, en la cultura cristiana estar enfermo era un estatus propio de las personas que habían tenido una conducta incorrecta, es decir, que habían pecado), y, sin pretender profundizar en la historia de las profesiones sanitarias, se puede asegurar que la presencia de algo mágico en la actuación de médicos y sanadoras (pre-enfermeras) era la norma.

La introducción del conocimiento científico y del concepto de la relación causa-efecto y la utilización de métodos de medición estadísticos proceden de la época higienista y tienen su gran desarrollo en el siglo pasado; no es baladí que uno de los conceptos más usados durante la última década sea el de medicina basada en la evidencia, que corresponde a la necesidad de realizar análisis estadísticos que sean significativos para guiar las actuaciones sanitarias, tanto las diagnósticas como las aplicaciones de procedimientos y las prescripciones terapéuticas.

Por otro lado, la introducción de las TIC es extremadamente débil en este entorno y merece una reflexión con una mayor profundidad.

## 2.2. Las TIC en el entorno sanitario

El papel de las TIC en el entorno sanitario y, en concreto, en las relaciones entre la atención primaria y los hospitales ha sido, y continúa siendo, un tema ampliamente debatido; seguramente han influido muchos factores en que nos encontremos todavía en fase de análisis y discusión y en que las realizaciones prácticas satisfactorias se encuentren limitadas a ciertas experiencias locales, de distinto alcance, y en general relativas a una integración vertical.

La problemática es de difícil abordaje si tenemos en cuenta que los ciudadanos, enfermos o no, se mueven y por lo tanto interactúan con el sistema sanitario en lugares, situaciones y problemas de salud distintos; la respuesta informada de los profesionales sanitarios puede ser muy deficiente en un entorno en el que un conocimiento cada vez mayor sobre temas sanitarios por parte del ciudadano puede llegar a invertir la asimetría de conocimiento clásico entre profesionales y ciudadano.

Evidentemente, las herramientas de comunicación existen, tecnológicamente podemos afirmar que es un tema de no muy difícil solución; sin embargo, no observamos soluciones que puedan ser generalizables.

El primer problema procede seguramente de la propia praxis sanitaria, ya sea desde el punto de vista médico, ya desde el de enfermería; la aproximación artística al modo de ejercer, no siempre basado en el conocimiento científico, y la perpetuación de una deficiente formación estructurada constituyen muy probablemente un primer *handicap*. Los procesadores de lenguaje natural, que codifican el lenguaje sanitario, serán una ayuda, pero el gran problema procede de la anticuada y deficiente formación que sobre este tema (y otros) se imparte en nuestras universidades. Mejorar este aspecto, por el momento, sólo tiene, probablemente, una vía, la integración de universidades e instituciones sanitarias, como la realizada entre la Universidad y el Hospital de Maastricht y, más recientemente, en el Imperial London College, entre otros. En algunos países, por ejemplo en España, este tema ni siquiera se ha empezado a abordar.

**Respect** our patients and colleagues  
 Encourage **innovation** in all that we do  
 Provide the **highest quality care**  
 Work together for the **achievement** of outstanding results  
 Take **pride** in our success


Imperial College Healthcare **NHS**  
 NHS Trust

Search:

Text size: A A A

[Home](#) [Patients](#) [Visitors](#) [Our services](#) [GPs](#) [Research](#) [Media](#) [Working with us](#) [About us](#)

**Our hospitals**  
 Charing Cross  
 Hammersmith  
 Queen Charlotte's & Chelsea  
 St Mary's  
 Western Eye  
 Private Healthcare





**Respect**  
 Our hospitals are rated as 'good' by England's healthcare watchdog


**Latest news**  
 Trust's chief executive named one of most influential people in NHS  
 18 November 2009

The bigger picture: new acute imaging centre for St Mary's  
 12 November 2009

Right for many sore eyes  
 04 November 2009

**Swine flu information**  

**National Pandemic Flu Service**  
 If you have flu-like symptoms and are concerned use the link above or call 0800 1 513 100

**Clinical specialties**  

**Adult services**  
 We provide more than 50 specialist services to our local community and beyond

**Consultant directory**  

**New consultant directory**  
 Search for information about our consultants by clinical services, hospital location or surname

El segundo problema es el modelo organizativo sanitario. Tenemos todavía una organización orientada a la enfermedad aguda, con procesos más o menos definidos que pretenden cerrar los denominados episodios; aquí se produce alguna discusión intelectual que tampoco favorece una correcta estructuración, máxime cuando tenemos presente la gran parcelación existente en determinadas zonas de conocimiento. El sistema tendría que estar mayoritariamente orientado a la resolución de la problemática de las enfermedades crónicas, y no tan sólo desde su manifestación clínica sino desde mucho antes, previniendo el importante impacto del desarrollo de la genómica en los futuros años y potenciando la integración de esta información. Experiencias iniciales, como las del Massachussets General Hospital de Boston (MGH) y otros, también apuntan en esta dirección.

# Supporting People with Long Term Conditions



An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration



Concretando un poco más el tópico: la gestión de los pacientes crónicos vuelve a cobrar fuerza. El concepto de gestión de enfermedades crónicas está apareciendo en distintos países con independencia del modelo sanitario; la utilización de modelos predictivos para estratificar la población y, a partir de aquí, la aplicación del denominado *Triángulo de la Kaiser Permanente*, ha de generar el desarrollo de sistemas de información específicos e integrados para la gestión de casos, la "telegestión" del paciente crónico, y finalmente, la promoción de la salud en la base de la mencionada pirámide.

**Tratamiento de las enfermedades crónicas: gestión de la población**

**Decidir el enfoque adecuado**

Es importante disponer de la información y los conocimientos necesarios para efectuar una estratificación de los riesgos en las poblaciones locales e identificar las que corren un mayor riesgo.

**Nivel 3**

A medida que las personas desarrollan más de un trastorno crónico (comorbilidades), sus cuidados médicos se vuelven mucho más complicados y difíciles para ellas, o más difíciles de tratar para el sistema sanitario y social público. Esto requiere una gestión de casos, con un asistente principal (generalmente un enfermero) encargado de tratar y dedicarse activamente a la atención médica de estas personas.

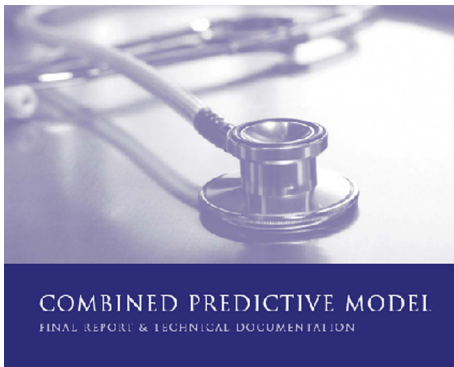
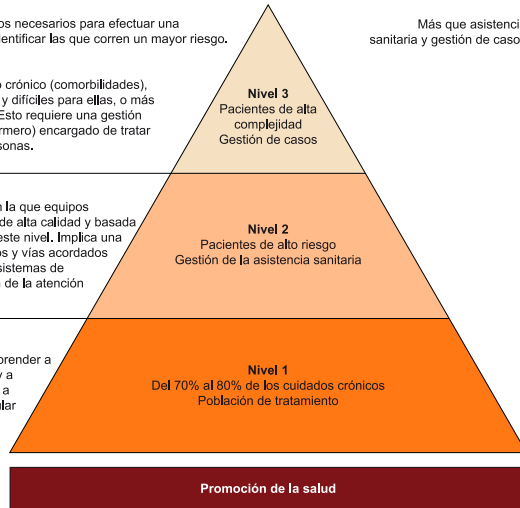
**Nivel 2**

El tratamiento de enfermedades y la asistencia sanitaria, en la que equipos multidisciplinares ofrecen a los pacientes atención médica de alta calidad y basada en pruebas, es apropiada para la mayoría de personas de este nivel. Implica una gestión proactiva de la asistencia sanitaria, seguir protocolos y vías acordados para tratar enfermedades específicas. Se basa en buenos sistemas de información tales como registros de pacientes, planificación de la atención médica y registros sanitarios electrónicos compartidos.

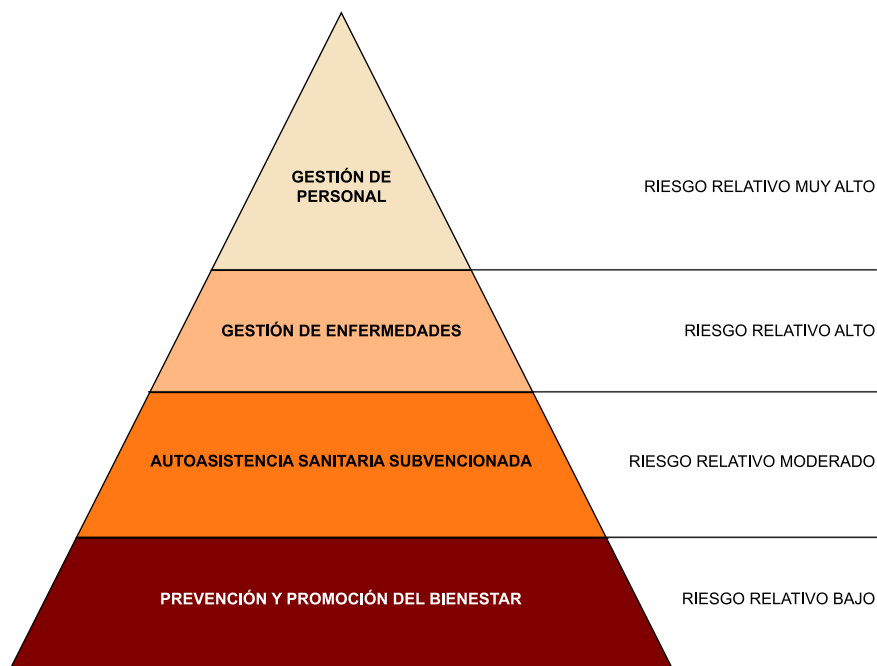
**Nivel 1**

Si reciben la ayuda adecuada, muchas personas pueden aprender a encargarse activamente de sus propios cuidados médicos y a convivir y preocuparse de su estado. Esto puede ayudarlas a impedir complicaciones, retrasar el deterioro y evitar acumular más trastornos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas pertenecen a esta categoría, por lo que hasta las mejoras pequeñas pueden tener un efecto muy grande.

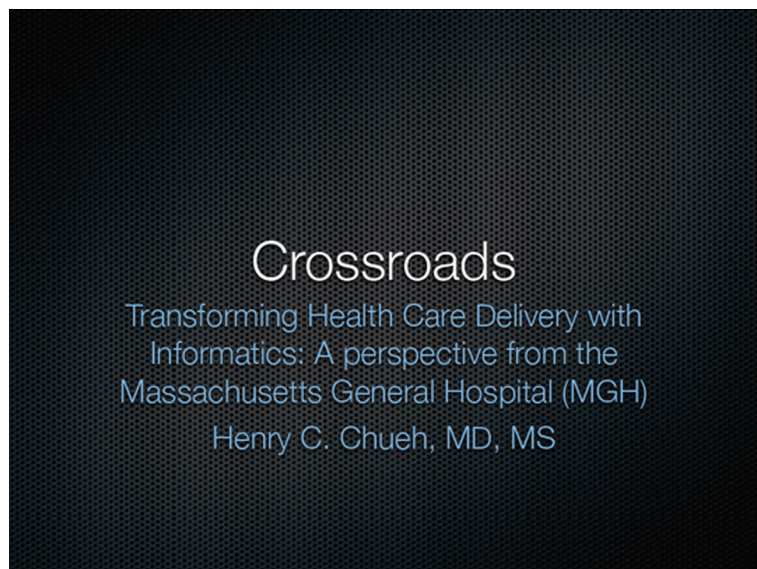
Más que asistencia sanitaria y gestión de casos

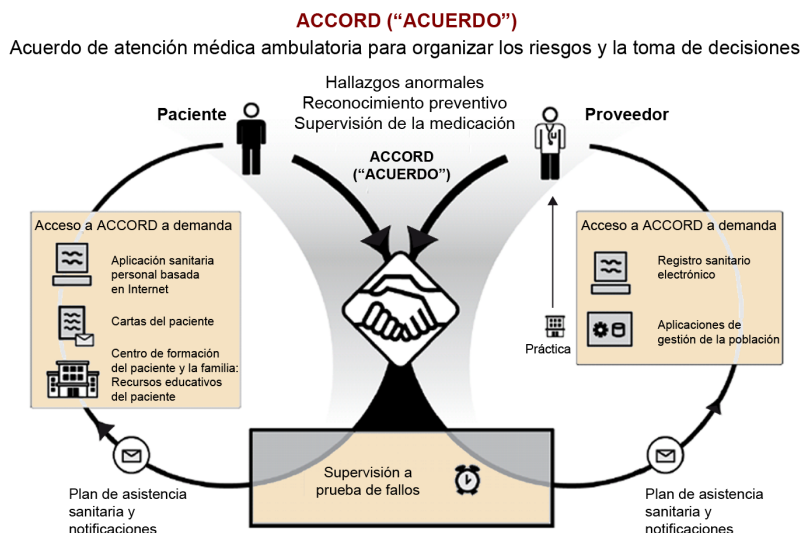


DECEMBER 2006



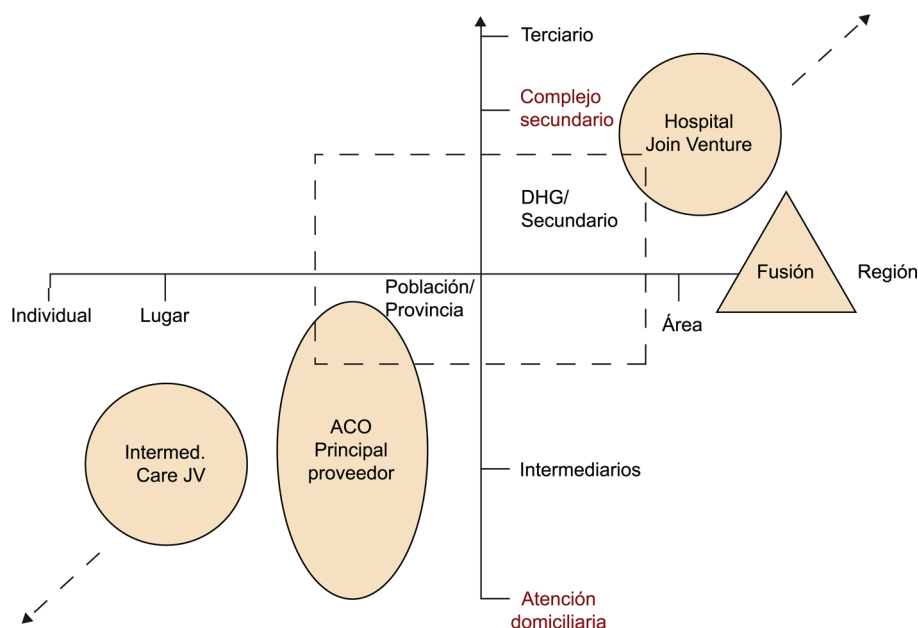
Otro aspecto a tener en cuenta es la gran cantidad de información clínica estructurada, semiestructurada y no estructurada que se va a almacenar, y que estará a disposición del profesional en su punto de asistencia, al que sólo serán capaces de ayudar los sistemas de *clinical datawarehouse*; algunas experiencias, como las desarrolladas también en el MGH y la Universidad de Harvard son muy esperanzadoras.





Nos queda aquí pendiente el tema de la urgencia/emergencia, para el que seguramente será necesario generar un nuevo modelo de sistema de información, evidentemente integrado, que permita establecer el proceso desde el lugar de presentación del evento y en todo su recorrido sanitario, que puede terminar ubicado en un quirófano y/o sala de diagnóstico o unidad de curas intensivas, pasando por distintos niveles estratificados de servicios de urgencias.

Finalmente, quizá sea el problema más relevante el del modelo de financiación de la sanidad. Lamentablemente, todos los países suelen poseer sistemas de financiación distintos para el entorno hospitalario y la atención primaria; los modelos de financiación capitativa o de sistemas integrados no han aportado grandes soluciones, y muchos de ellos no son generalizables ni extrapolables. Algunos experiencias incipientes, como la del NHS West en la zona de Manchester, que ha iniciado la financiación por *bundles* de procesos compartidos entre el hospital y primaria, abren una nueva vía. Otras experiencias, como las desarrolladas en el sur de Dinamarca, donde hospitales y primaria se ponen de acuerdo para desarrollar proyectos y comparten beneficios según el esfuerzo realizado, con independencia de la Administración y sus líneas de financiación, se aproximan al concepto de la Accountable Care Organizations (ACO), un enfoque que tiene intelectualmente un gran atractivo y con el que se pretende establecer relaciones de confianza, crear modelos de negocio con otros proveedores, manteniendo la independencia, y soslayar la presencia de la Administración, evidentemente bajo el principio de rendimiento de cuentas y resultados.



En resumen, la inercia social alrededor del entorno sanitario deja el lastre de una muy deficiente implantación de las TIC en sanidad. La resistencia al cambio de los profesionales, combinada con la incapacidad visionaria de muchos gestores y políticos, hace prever una lenta evolución, con algunas incógnitas que se abren en el momento de prever el futuro, en el que, por un lado, la incorporación de profesionales "digitalmente nativos" puede hacer disminuir muchas resistencias y favorecer la aparición de talentos que lideren nuevas soluciones; y por otro, la enorme eclosión de conocimiento colectivo a través de las redes sociales y la previsible evolución del entorno Internet puede obligar a los decisores a tener una conducta más proactiva.

Finalmente, la última incógnita es la que emerge de la actual incertidumbre respecto a la evolución de la crisis económica y la recesión latente en muchos países desarrollados: su duración, el cambio o no de modelo económico, la necesidad de una mayor eficiencia, un posible recorte de prestaciones y la presión social pueden tener un impacto de variado signo sobre el papel de las TIC en general y en especial en el entorno sanitario.

Seguramente, se puede afirmar que la verdadera revolución en el entorno sanitario se producirá en el momento en que las TIC se sitúen en el corazón del negocio, tal como se produjo ya hace años en el entorno bancario, con la espectacular evolución a que sometió a un sector que, por la naturaleza de su negocio, puede calificarse de muy conservador.

Volviendo al concepto de *Health Literacy*, se origina en concreto en la Universidad de Harvard, en la School of Public Health de Boston y el NCSALL (National Center for the Study of Adult Learning and Literacy), y lo lidera la doctora Rima Rudd, que desde hace años desarrolla una brillantísima labor en esta materia, de tal manera que, inicialmente en Estados Unidos, y posteriormente

en muchos países europeos, ha obligado a iniciar una reflexión profunda sobre cómo estamos haciendo las cosas y ha abierto el camino hacia la evaluación estandarizada de la información transmitida a los pacientes.

# Literacy and Health

## Health Literacy

Rima E. Rudd, MSPH, ScD  
Harvard School of Public Health  
National Center for the Study of Adult  
Learning and Literacy



[Return to HLS web site](#)

## Literacy in Health Contexts

- Health promotion
- Health protection
- Disease prevention and screening\*
- Access to care and navigation of systems\*
- Care and maintenance\*

\*Documented disparities based on  
race, ethnicity, access to resources

Dr. Rima Rudd

[Return to HLS web site](#)

## Resources

- **Health Literacy Literature & Policy Reports**  
<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/>
- **HHS Communicating Health**  
<http://odphp.osoph.dhhs.gov/projects/>
- **IOM Health Literacy: A Prescription to End Confusion** <http://books.nap.edu/>
- **ETS Literacy and Health in America**  
<http://www.ets.org/research/pic/>
- **AHRQ Health Literacy and Outcomes Evidence Report** <http://www.ahrq.gov/>

Dr. Rima Rudd

[Return to HLS web site](#)

En su origen y metodología conviene conocer un aspecto que garantiza su solidez. La relación del *Health literacy* con *Long Life Learning*, que podríamos traducir como educación continuada de los adultos, establece las bases para una actuación más efectiva.

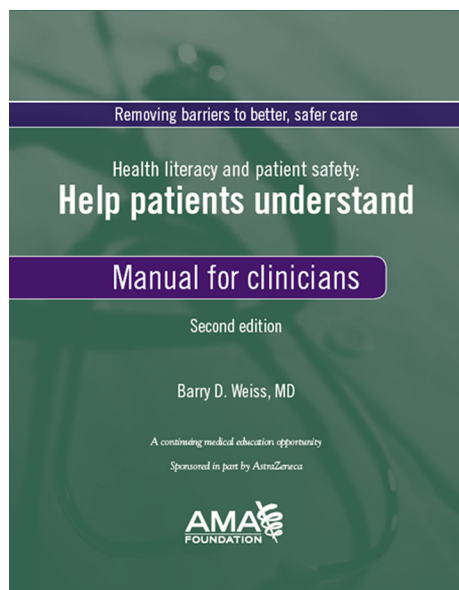
Seguramente, dentro del varias veces comentado "retraso" del entorno sanitario respecto a la evolución social del entorno, figura entre otras cosas su incapacidad para relacionarse y, por lo tanto, para aprender de otras disciplinas, como pueden ser las relacionadas con el mundo de la pedagogía. Esa incapacidad ha generado muy a menudo muchas aproximaciones de comunicación no basadas en el conocimiento profesional de las técnicas a emplear y con un grado de inmadurez extremo.

La extensión del concepto y su aplicación se han producido inicialmente en los entornos anglosajones:

- Inglaterra, con el Instituto Picker que enuncia principios como la implicación del paciente en las decisiones y el respeto a sus preferencias, en especial en la época en que Angela Coulter publicó un reconocido artículo en el BMJ:
- En Australia se ha desarrollado un plan de financiación nacional sobre el tema y, recientemente, en algunos países del continente europeo con un elevado nivel económico y cultural, como los países nórdicos y Suiza, los HPH están avanzando con la iniciativa liderada por profesionales en estrecha colaboración con sus colegas de la Universidad de Harvard.
- La American Medical Association publicó un manual de Barry D. Weiss, con el sugerente título de *Help patients understand, health literacy and patient safety. (Removing barriers to better, safer care)*.

#### Página web

El artículo de Angela Coulter "Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients" -*BMJ* 2007; 335; 24-27- se puede consultar en <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7609/24>.



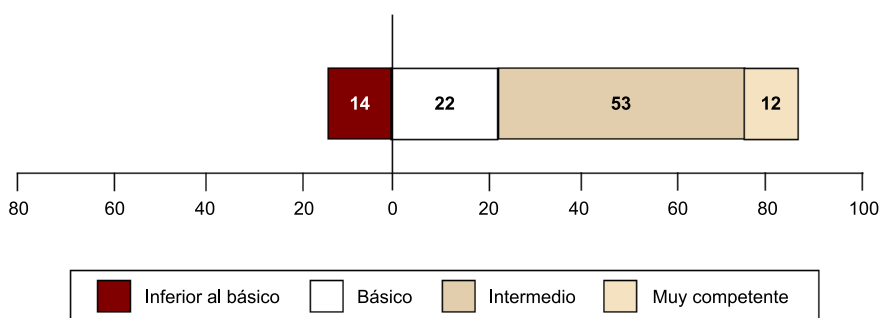
Es un estudio patrocinado por una importante industria farmacéutica; de hecho, distintas industrias productoras de fármacos han intervenido en potenciar este enfoque, en muchos casos debido a la presión de los líderes del concepto, que han puesto de manifiesto a los mismos generadores la necesidad de cambiar el modelo de información al paciente, que, en muchos casos, es una información que podríamos calificar, como mínimo, de imprecisa.

En la Introducción se centra el tema en el siguiente concepto:

"La comunicación es esencial para la prestación efectiva de la asistencia sanitaria y es una de las más poderosas herramientas del arsenal clínico. Desafortunadamente, existe a menudo un desencuentro entre el nivel clínico de la comunicación y el nivel de comunicación del paciente. De hecho, la evidencia muestra que el paciente a menudo malinterpreta o no entiende mucha de la información proporcionada por los clínicos. La ausencia de comprensión puede conducir a errores médicos, citas perdidas, resultados adversos e incluso mala praxis."

La habilidad para obtener, procesar y comprender información básica sanitaria y de los servicios necesarios es fundamental para tomar las correctas decisiones sanitarias y seguir las instrucciones de tratamientos. Muchos factores pueden contribuir a una correcta "health literacy" individual, las más obvias proceden de la propia formación y el conocimiento general de la persona (su capacidad para leer, escribir y comprender texto escrito y números). Otros factores incluyen la cantidad de experiencia propia en el sistema sanitario, la complejidad de la información presentada, factores culturales que pueden influenciar la toma de decisiones y la manera cómo se comunica.

En la figura siguiente se ilustran los resultados del NAAL (valoración nacional de los conocimientos sanitarios de los adultos americanos), en los que se observa que el 14% de los adultos americanos se encuentran por debajo del nivel básico (estos individuos serían incapaces de realizar funciones básicas de interacción con el sistema sanitario), y sólo podrían abordar temas rudimentarios como identificar la fecha de una cita.



Esta gráfica muestra el porcentaje de participantes en la Evaluación nacional de alfabetismo en adultos (NAAL, National Assessment of Adult Literacy) con la puntuación en alfabetismo sanitario en cada una de las categorías de nivel de alfabetismo. Fuente: Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. (2006). "The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy". Departamento de Educación de los EE. UU. Centro Nacional de Estadísticas sobre Educación (NCES), n.º de publicación: 2006-483; septiembre del 2006.

En el nivel básico, el 22% puede tener dificultades para comprender los típicos folletos de educación sanitaria.



Por encima se situaría el 53% de los adultos americanos, que se encuentran en un nivel intermedio y podrían comprender textos más complejos, y el 12% del nivel superior, que son los que pueden leer y comprender cualquier tipo de texto o información numérica relacionada con temas de salud.

La tabla siguiente nos orienta fácilmente para poder encontrar los principales grupos y subgrupos con especiales dificultades:

Grupo	Inferior al básico	Básico	Total
	%	%	%
<b>Edad (años)</b>			
19-24	10	21	31
25-39	10	18	28
40-49	11	21	32
50-64	13	21	24
A partir de 65 en adelante	29	30	59
<b>Nivel educativo más alto alcanzado</b>			
Inferior a la educación superior o varios años de educación superior	49	27	76
Educación superior completada (sin estudios universitarios o profesionales)	15	29	44
Diploma equivalente de educación superior	14	30	44
<b>Grupo étnico / racial</b>			
Blanco	9	19	24
Asiático / Islas del Pacífico	13	18	31
Negro	24	34	58
Hispano (todos los grupos)	41	25	66
<b>Nivel de seguro médico</b>			
Proporcionado por la empresa	7	17	24
Adquirido de forma privada	13	24	37
Medicare	27	30	57
Medicaid	30	30	60
Sin seguro	28	25	53

Fuente: M. Kutner; E. Greenberg; Y. Jin; C. Paulsen (2006). "The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy". Departamento de Educación de los EE. UU. Centro Nacional de Estadísticas sobre Educación (NCES), n.º de publicación: 2006-483; septiembre del 2006.

Algunas otras cifras procedentes de diversas publicaciones que se citan son:

- Un 26% no entiende cuándo se ha programado la próxima cita.
- Un 42% no entiende la instrucción "tomo la medicación con el estómago vacío".
- Hasta un 78% malinterpreta los escritos de advertencias en las etiquetas de prescripciones.
- Un 86% no comprende los conceptos de derechos y responsabilidades sanitarias (en el caso concreto de Medicaid).

#### Fuentes

M. V. Williams; R. M. Parker; D. W. Baker y otros (1995). "Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals". *JAMA* 274 (págs. 1677-1682).

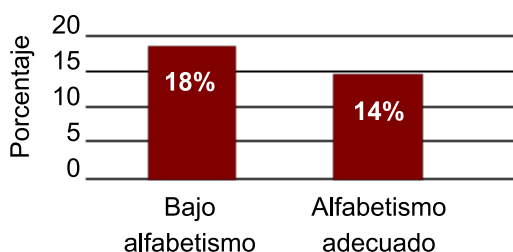
R. M. Parker ; D. W. Baker; M. V. Williams, y otros (1996). "The health care experience of patients with low literacy". *Arch Family Med.* 5 (págs. 329-334).

VV. AA. (2002). *Face Sheet: Health literacy and undstanding medical information.* Lawrenceville, NJ: Center for Health Care Strategies.

M. S. Wolf ; T. C. Davis; H. H. Tilson; P. F. III Bass; R. M. Parker (2006). "Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy". *Am J Health Syst Pharm* (pág. 1048-1055).

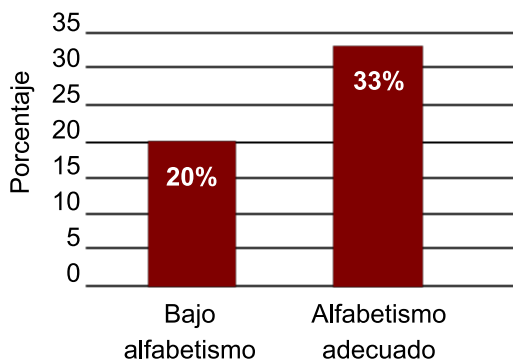
La relación entre conocimientos y capacidades limitadas y bajo nivel de salud se produce en todos los niveles socioeconómicos y en diferentes tipos de enfermedades. A continuación se muestran algunos resultados de diversos estudios.

### Porcentaje de afiliados a la asistencia sanitaria gestionada por Medicare que han requerido hospitalización en un periodo de 3 años



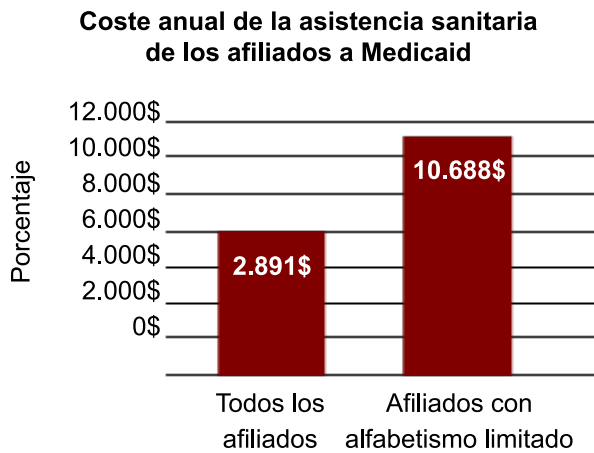
Diferencias entre afiliados a servicios integrados de salud de Medicare que han requerido hospitalización durante los últimos tres años. Fuente: D. W. Baker; J. A. Gazmararian; M. V. Williams y otros (2002). "Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees". En: *Am J Public Health.* 92:1278-1283.

### Pacientes con control estricto de diabetes



El control estricto de diabetes se define como un nivel de hemoglobina glucosilada  $\leq 7,2\%$

Pacientes con ajustado control diabético. Datos extraídos de D. Schillinger; K. Grumbach; J. Piette y otros. (2002). *Association of health literacy with diabetes outcomes.* *JAMA.* 288:475-482.



Costes sanitarios anuales en afiliados a Medicaid. FUENTE: Datos extraídos de: Weiss B. D.; Palmer R. (2004). "Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population". En: J Am Family Board Pract. 17: 44-47.

Los principales factores de riesgo serían:

- Edad avanzada.
- Bajos ingresos.
- Desempleados.
- No poseer educación general básica.
- Minorías étnicas.
- Inmigración reciente.
- Que el idioma más utilizado en la comunicación sanitaria sea el segundo idioma.

Existen algunas conductas y respuestas que pueden orientarnos hacia un déficit de conocimiento y capacidad:

### 1. Conductas

- Formularios incompletos o con incorrecciones.
- Pérdida frecuente de citas.
- No cumplimiento terapéutico.
- Falta de seguimiento de la realización de pruebas diagnósticas, test radiológicos y derivaciones a especialistas.
- Pacientes que afirman estar tomando la medicación pero sin que los parámetros biológicos o físicos cambien en la orientación esperada.

### 2. Respuestas al recibir una información escrita

- He olvidado mis gafas, lo leeré en casa.
- He olvidado mis gafas, puede usted leerlo por mí.
- Me lo llevaré a casa y se lo comentaré a mis hijos.

### 3. Respuestas a preguntas sobre medicaciones

- Incapacidad de explicar qué medicamentos toma.
- Incapacidad de explicar para qué sirvan estas medicaciones.
- Incapacidad de explicar la posología.

Existen diversos métodos para evaluar las habilidades de conocimientos, tal como podemos ver en la siguiente tabla:

Métodos	Descripción	Validado en		Duración (en minutos)
		inglés	español	
<b>Evaluaciones de una sola pregunta</b>				
	"¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude a leer instrucciones, folletos u otros escritos de su médico o farmacéutico? (entre las respuestas positivas se incluyen "a veces", "a menudo" o "siempre")"	Sí	No	≤1
	"¿Cómo de seguro se siente al rellenar formularios médicos usted solo? (entre las respuestas positivas se incluyen "un poco", "algo" o "para nada")."	Sí	No	≤1
<b>Instrumentos de evaluación</b>				
Newest Vital Sign (www.NewestVitalSign.org)	Instrumento de reconocimiento para entornos clínicos. Los pacientes examinan una etiqueta de datos nutricionales y responden 6 preguntas sobre la etiqueta.	Sí	Sí	3
<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i> ("Evaluación rápida de alfabetismo sanitario en adultos")	Se usa tanto en entornos clínicos como de investigación. Los pacientes leen una lista de 66 palabras y se les puntúa según su correcta pronunciación.	Sí	No	2
<i>Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking adults</i> ("Evaluación breve sobre alfabetismo sanitario en adultos de habla española")	Al paciente se le muestran 50 palabras, cada una con un significado correcto y otro incorrecto, y el paciente debe seleccionar el correcto.	No	Sí	5
<i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i> ("Test breve de alfabetismo sanitario funcional en adultos")	Se usa sobre todo en el campo de la investigación. A los pacientes se les muestran 4 elementos numéricos y 2 textos sobre temas médicos en los que se han borrado determinadas palabras. El paciente debe seleccionar la palabra apropiada de una lista de varias opciones.	Sí	Sí	8

### Referencias bibliográficas

L. D. Chew; K. A. Bradley; E. J. Boyko (2004). "Brief questions to identify patients with inadequate health literacy". *Fam Med*. 2004;36:588-94.

N. S. Morris; C. D. MacLean; L. D. Chew; B. Littenberg (2006). "The Single item literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability". *BMC Fam Prac*. 2006;7:21.

L. S. Wallace; E. S. Rogers; S. E. Roskos; D. B. Holiday; B. D. Weiss (2006). "Screening items to identify patients with limited health literacy skills". *J Gen Intern Med*. 2006;21:847-877.

B. D. Weiss; M. Z. Mays; W. Martz; K. Merriam Castro; D. DeWalt; M. Pignone; J. Mockbee; F. A. Hale (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*. 2005;3:514-522.

T. C. Davis; S. W. Long; R. H. Jackson, y otros (1993). "Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument". *Fam. Med*. 1993;25:391-395.

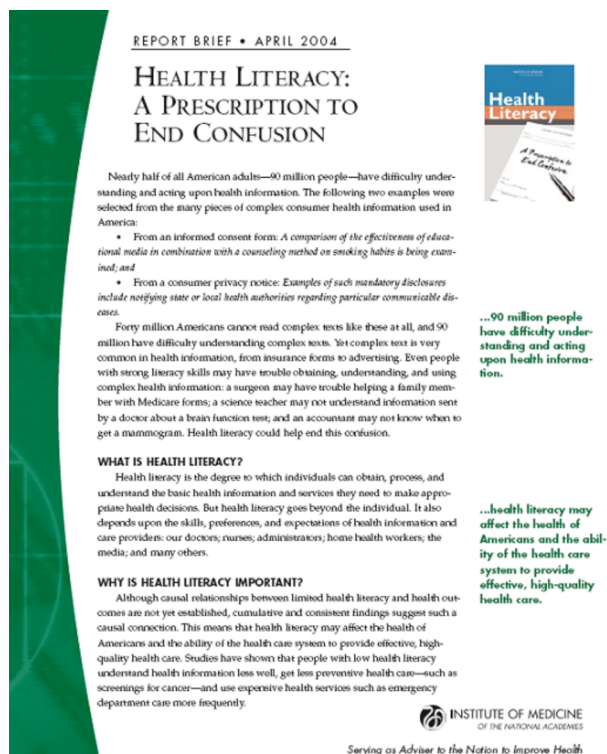
S. Y. Lee; D. E. Bender; R. E. Ruiz; Y. I. Cho (2006). "Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health Serv Res.* 2006;41(4 Pt 1):1392-412.

D. W. Baker; M. V. Williams; R. M. Parker; J. A. Gazmararian; J. Nurss (1999). "Development of a brief test to measure functional health literacy". *Patient Educ Couns.* 1999 sep; 38(1):33-42.

Para mejorar la comunicación, los seis consejos básicos son:

- Comunicarse lentamente.
- Usar un lenguaje "normal" no técnico.
- Mostrar o dibujar.
- Limitar la información suministrada por bloques y repetirla.
- Usar la técnica "teach-back", es decir, solicitar al paciente que repita las instrucciones que se le han suministrado.
- Animar a realizar preguntas.

En el 2004 el prestigioso IOM (Institute of Medicine) publicó "Health Literacy: a prescription to end confusion"



Finalmente, cabe comentar una iniciativa muy interesante que responde al nombre de *AskMe 3* y pretende dar pautas a los pacientes para que puedan realizar las tres preguntas correctas que sirvan para que el profesional facilite la información relevante que el paciente precisa.

**Ask Me 3™**

Nothing — not age, income, employment status, educational level, and racial or ethnic group — affects health status more than **literacy skills**.

That's why clear communication between patients and health care providers is critical.

Good communication = Healthy patients

**Start with Ask Me 3.**

**FOR PROVIDERS:**  
Learn about Health Literacy and its impact on your patients, community and constituents.

**FOR PATIENTS:**  
The 3 most important questions you should ask your doctor, nurse or pharmacist.

**FOR LARGE-SCALE IMPLEMENTERS:**  
Information for Employers, Health Plans, Health Departments and Other Large Organizations.

**FOR MEDIA:**  
Low Health Literacy -- The Health Care Story You Can't Ignore

**Ask Me 3** is a patient education program designed to promote communication between health care providers and patients in order to improve health outcomes. The program encourages patients to understand the answers to three questions:

1. What is my main problem?
2. What do I need to do?
3. Why is it important for me to do this?

Patients should be encouraged to ask their providers (doctors, nurses, pharmacists, therapists) these three simple but essential questions in every health care interaction. Likewise, providers should always encourage their patients to understand the answers to these three questions.

Studies show that people who understand health instructions make fewer mistakes when they take their medicine or prepare for a medical procedure. They may also get well sooner or be able to better manage a chronic health condition.

If you would like to download Ask Me 3 material please [click here](#).

Hemos considerado de interés reproducir su contenido en español:

**Pregúntame 3™**  
Tres preguntas que usted debe hacer sobre su salud.

**Buenas Preguntas para su Salud**

Cada vez que hable con su doctor, enfermera o farmacéutico haga 3 preguntas para entender mejor su salud.

- 1 ¿Cuál es mi mayor problema?
- 2 ¿Qué tengo que hacer?
- 3 ¿Por qué es importante para mí hacer esto?



**Hoy usaré Pregúntame 3™**  
Tres preguntas que usted debe hacer sobre su salud.

- 1 ¿Cuál es mi mayor problema?
- 2 ¿Qué tengo que hacer?
- 3 ¿Por qué es importante para mí hacer esto?

Hacer estas preguntas me puede ayudar a:

- Cuidar de mi salud
- Prepararme para pruebas médicas
- Tomar mis medicinas de la manera correcta
- No necesito sentirme apresurado o abochornado si no entiendo algo.
- Puedo preguntarle a mi doctor otra vez.
- Cuando hago las 3 preguntas, estoy preparado. Se que hacer por mi salud.

Como muchas personas, puede que usted vaya a más de un doctor. Es importante que todos sus doctores sepan todas las medicinas que está tomando para que pueda mantenerse saludable.

Lleve sus medicinas la próxima vez que vaya al doctor o escriba las medicinas que toma todos los días en este espacio, para que su doctor, enfermera o farmacéutico pueda leerlas.

---



---

Pregúntame 3 es un programa educativo de la Sociedad para la Comunicación Clara sobre Salud — una coalición de organizaciones nacionales que están trabajando en conjunto para promover la comunicación y las soluciones en torno al tema del bajo nivel de alfabetización en salud y su efecto sobre los resultados de salud.

Los miembros del Comité Directivo de la Sociedad son:

<ul style="list-style-type: none"> <li>American Federation for Aging Research</li> <li>American Medical Association Foundation</li> <li>American Nurses Association</li> <li>American Pharmacists Association</li> <li>American Public Health Association</li> <li>David Baker, MD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>California Literacy, Inc.</li> <li>National Alliance for Caregiving</li> <li>National Alliance for Hispanic Health</li> <li>National Association of Community Health Centers</li> <li>National Coalition for Literacy</li> <li>National Council of La Raza, Institute for Hispanic Health</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The National Council on the Aging</li> <li>National Health Council</li> <li>National Medical Association</li> <li>Jason Okoro-Frempong, MD</li> <li>Partnership for Prevention Plans, Inc.</li> <li>ProfLiteracy Worldwide</li> </ul>
---	---	--



Sociedad para la Comunicación Clara sobre Salud

M8124723-F

### 2.3. Las iniciativas informativas/formativas por parte de diversos actores sanitarios

Continuando con este enfoque, es necesario comentar diversas iniciativas realizadas, a distintos niveles, para mejorar el conocimiento de los enfermos sobre las características de sus enfermedades, con la voluntad de proporcionar guías de conducta y actuaciones para solucionar problemas de salud, las posibles complicaciones y establecer las situaciones y vías que el paciente debe tener en cuenta y utilizar en caso de precisar ayuda.

El objetivo de las muchas aproximaciones que se han realizado en este sentido es siempre común, contribuir a complementar la información suministrada en directo por los profesionales sanitarios, de tal forma que aumente el conocimiento por parte de los pacientes, entendiéndolo que un mayor conocimiento les permitirá saber convivir mejor con su problemática y también contribuir a que, en el momento de precisar atención sanitaria, ésta se realice con idoneidad, en el momento oportuno, con las causas pertinentes y en la forma que facilite una actuación más eficiente.

A este respecto, y como ejemplo de las diferentes aproximaciones, que obedecen a motivaciones distintas, es interesante mencionar las cuatro siguientes:

- El manual *Merck of Medical Information* (Home Edition). Este libro de divulgación lo edita la mencionada industria farmacéutica, que desde hace muchos años venía publicando un clásico manual dedicado a los profesionales sanitarios, de características reducidas y con información signifi-



va y condensada; ése es, de alguna manera, el mismo criterio que se utiliza en el presente manual, que podríamos calificar de divulgativo.

The screenshot shows the Merck Manuals Online Medical Library website. At the top, there is a Merck logo and a navigation bar. Below that, a search bar is visible. The main content area is titled "Merck and The Merck Manuals" and includes a "Complete, Concise, Correct" section with bullet points. There is also a "Purchasing Information" section with a "Buy the Book" button and a "News" section with an "In Memoriam" link. The page is displayed in a browser window with a taskbar at the bottom.

- El *Libro de la salud* del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA, dirigido por los doctores Juan Rodés, Josep Maria Piqué y el doctor Antoni Trilla. En este caso se trata de un manual de divulgación, realizado por un conjunto de profesionales del prestigioso hospital y patrocinado por una entidad bancaria. Es evidente que facilita una información de calidad con la garantía de potenciar el prestigio de los participantes y ayuda a valorizar la imagen de marca del hospital y al patrocinador con la pretensión de acercar algunos de los conocimientos médicos más actuales al lenguaje común del ciudadano, según reza en su Introducción; de este modo, afirma, los ciudadanos podrán participar de la forma más activa e informada posible en el proceso de toma de decisiones médicas.

Una evolución de esta aproximación es el blog de comunicación en salud del Clínic:

- Con una orientación muy pragmática, tenemos el libro de la Kaiser Permanente, que, como ya se ha citado anteriormente, es una organización sanitaria de tipo mutualista, con una cartera de servicios y un cuadro profesional prácticamente cerrado, muy orientada a la innovación en los procesos sanitarios y en la búsqueda de intervenciones más eficientes en materia de procesos sanitarios; en este caso, la orientación de la divulgación sí que pretende conseguir unas conductas y actuaciones más pertinentes por parte de los mismos afiliados. El libro también se ha publicado en español con el siguiente título: *La salud en casa: Guía práctica de Healthwise y Kaiser Permanente*. El subtítulo es *Una guía para cuidarse a sí mismo, mejorar la salud y mantenerse sano*.

## KP Organizational Profile

- 8 Regions
  - 9 States and District of Columbia
- 8.7 million Members
- 14,000 Physicians
- 156,000 employees
  - Including 29,000 nurses
- 32 Medical Centers
  - (with Hospitals)
- 416 Medical Offices
- \$37 Billion Operating Revenue

KAISER PERMANENTE.

Su web permite acceder a alguna información clínica propia y a la gestión de la "agenda de salud" de los pacientes:

- Finalmente, el libro *Living a Healthy Life with Chronic Conditions (Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema and others)* y su versión en español *Tomando Control de su Salud*, ha sido generado por el grupo de la Stanford University School of Medicine liderado por Kate Loring, que ha elaborado y estandarizado el concepto de "pacientes expertos" –que se trata con más profundidad en otros espacios de este curso–; en este caso, la funcionalidad del libro es servir de material de soporte a la formación estructurada de los pacientes que posteriormente han de formar a otros pacientes.

#### 2.4. Los enfermos: la compartición del conocimiento y las experiencias de enfermedades

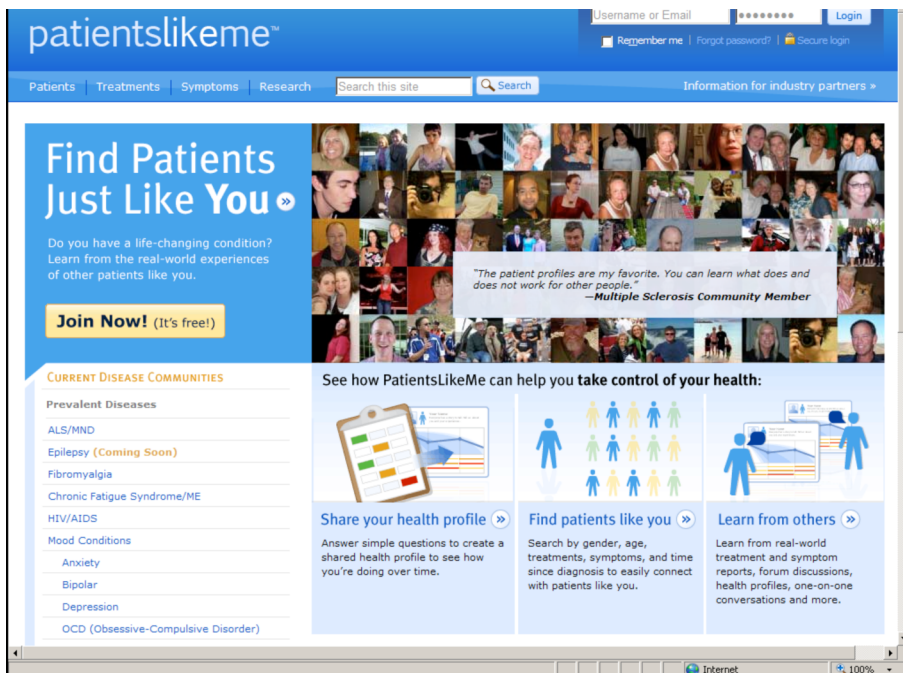
En este ámbito es necesario entrar en profundidad en las interacciones entre pacientes y observar hasta qué punto ésta es una evolución que realmente va a ser de hondo calado, facilitada por la evolución cultural, en base educativa, de nuestra sociedad actual, y muy potenciada por el desarrollo de la sociedad del conocimiento en nuestro momento.

Clásicamente, se ha reconocido la existencia en cualquier entorno humano de un validador no sanitario, en especial en el momento de aparecer los primeros signos y síntomas de una enfermedad; este validador es el que muchas veces puede ayudar al sujeto, que todavía no ha adoptado ningún rol de enfermo, a

orientar sus pasos para conseguir la confirmación de la existencia o inexistencia de su posible enfermedad e influir así en su conducta o actuación futura respecto a su proceso patológico.

Es evidente que este escenario tiene actualmente un alto nivel de potenciación, gracias, por un lado, a la facilidad de acceso a través de la red a una gran cantidad de información, y por otro, a los validadores, posiblemente expertos no sanitarios, pero muy conocedores de su propia enfermedad; probablemente es aquí donde, en este momento, se produce la situación disruptiva más importante, que puede generar un conjunto de nuevas situaciones a las que tiene que enfrentarse el profesional sanitario, que seguramente carece de experiencia, formación y conocimiento actualizado para abordarlas.

El ejemplo de webs como patientslikeme (y muchas más) es altamente significativo y nos introduce de lleno en lo que podríamos denominar fenómeno wiki en el entorno sanitario:



El fenómeno wiki, como es conocido, es relativamente reciente, de finales del siglo pasado, pero con una expansión sorprendente en los pocos años transcurridos en este siglo; si nos centramos en la conocida y utilizada Wikipedia, tras ocho años y medio, esta herramienta cuenta con una comunidad global de más de 150.000 voluntarios (y 20 empleados fijos) que han escrito 11 millones de artículos en 265 idiomas (482.000 de ellos en español a un ritmo de 400 nuevos al día) según información publicada en *El País* el miércoles 10 de junio del 2009 y firmada por Carmen Pérez-Lanzac. Aunque su fiabilidad ha sido puesta en duda, ya que la Wikipedia no tiene unos controles omnipresentes y su idea del saber "democrático" se enfrenta a la denominada jerarquía del conocimiento, y, además, estudios recientes muestran un cierto descenso en

la actividad de sus editores, no puede negarse que, muy probablemente, es la mayor comunidad de conocimiento reunido en la historia de la humanidad y que, usada correctamente como plataforma base, tiene una enorme utilidad.

Don Tapscott en su excelente libro *Wikinomics (How Mass Collaboration Changes Everything)* califica de nuevos alejandrinos (*Sharing for Science and the Science of Sharing*) la aproximación al conocimiento científico colectivo desarrollado alrededor de diversas temáticas biomédicas.

Hasta este momento, muchas webs de pacientes tenían por objeto proporcionar acceso rápido a recursos que pudieran facilitar un entorno más seguro a los pacientes con determinadas enfermedades, y estaban normalmente ligadas a agrupaciones de pacientes que en muchos casos contenían también algunos aspectos lícitamente reivindicativos de estos pacientes, que podían tener la percepción de que el concepto de equidad ponderado no se aplicaba en su caso (podemos comentar aspectos de acceso, navegación y resolución de sus procesos patológicos), y en las que en muchas ocasiones se produce una intervención del profesional sanitario, mas o menos evidente, que actúa de validador de los contenidos más clínicos.

El fenómeno wiki ya presupone en sí mismo una producción por parte de los mismos pacientes, que acaban generando la información para su propio consumo, en la forma y con el contenido que ellos mismos deciden, y con la validez que le otorga el estar siendo producida por otras personas que se enfrentan al mismo proceso patológico que los pacientes en cuestión.

Al intentar vislumbrar un futuro, que de hecho ya es actualidad, nos encontramos con una red que evoluciona no sólo para conectar personas, sino también sensores, que facilita la generación de conocimiento gracias a la potenciación de bases de datos clínicos de muchos pacientes que seguirán unas reglas lógicas en base al conocimiento científico más actualizado, y que nos coloca ante una situación de integración de bioseñales, genómica y conocimientos que impactarán dramáticamente (en el sentido anglosajón de la palabra) tanto en el profesional sanitario como en los pacientes.

En este momento se hace difícil conceptualizar todo ello, lo que sí parece claro es que la velocidad de la evolución se acelerará por la simple mejora del entorno que la soporta y por la nueva aproximación a la interacción entre las distintas culturas que intervienen.

### 3. Los profesionales y el conocimiento

En todo este entorno merece una reflexión el papel actual de los profesionales sanitarios, su posible papel futuro y la manera cómo realizar la gestión del cambio, si el cambio se produce y es necesario gestionarlo.

La situación actual es compleja y genera importantes tensiones en la actividad de los profesionales, lo que al final tensiona el funcionamiento del sistema sanitario.

Alrededor de los profesionales aparece una presión multifactorial de difícil acomplamiento. Muchos de los factores se han analizado ampliamente. Al intentar resumir los que puedan estar más interrelacionados con esta temática, nos enfrentamos con el hecho de que los recursos son limitados y la cantidad de profesionales que anualmente entran en el mercado no es suficiente para cubrir la creciente demanda de los pacientes, que a su vez, es multicausal, pues, por un lado, el envejecimiento de la población conlleva un aumento de la demanda debido a una mayor presencia de enfermedades crónicas y durante mucho más tiempo, y, por otro, la aproximación consumista (el consumerismo anglosajón) demanda soluciones rápidas a sus problemas de salud, y, finalmente, tal como ya se ha dicho, un mayor conocimiento de la problemática, lo que genera unos "clientes" mucho más exigentes con la calidad que se les proporciona.

#### 3.1. La gestión, el conocimiento y el razonamiento clínico

El concepto gestión del conocimiento es relativamente antiguo y procede del entorno productivo industrial. Como afirmó en 1988 el conocido gurú Peter Drucker, "el negocio típico (del futuro) estará basado en el conocimiento, una organización compuesta por una amplia cantidad de especialistas que dirigen y alinean su actuación a través del *feedback* de colegas, clientes y el centro directivo-estratégico de su empresa. Por este motivo serán lo que yo llamaría organización basada en el conocimiento".

En otro plano, el *White Paper* del gobierno británico del año 1998 sobre la competitividad de la nación decía: "Nuestro éxito depende de cómo explotemos nuestros más valiosos activos: nuestro conocimiento, habilidades y creatividad... ellos están en el centro de una economía moderna basada y orientada en el conocimiento."

A nadie se le escapa que ambas afirmaciones son totalmente aplicables al entorno sanitario y en concreto a sus instituciones.

Si establecemos un buen sistema de captura, almacenaje y distribución de la información existente conseguiremos la generación de ideas necesarias para nuestro avance; las soluciones de BI dinámicos, intranets y otros son aproximaciones tecnológicas que soportan estas ideas.

Sin embargo, la adaptación de los profesionales al modelo sanitario, que podríamos denominar más industrial, se está realizando también en muchos casos de forma traumática, ya que les resulta difícil entender el porqué de los cambios de paradigma alrededor de esta temática, lo que imposibilita la emergencia de talentos que puedan asumir un nuevo liderazgo ante la situación.

De todas maneras, hay señales que indican un inicio de cambio, orientado a la práctica desaparición de la actuación individual y al mayor trabajo multidisciplinar y, en muchos casos, en equipos estables, que sienta las bases para la gestión de un conocimiento clínico y sanitario compartido y seguramente comporta un mayor nivel de calidad y en el plano profesional, y una mayor seguridad en el trabajo que se está realizando. Por otra parte, si también evidenciamos una mayor actividad conforme al conocimiento científico validado del momento (la denominada evidencia), se facilitan las bases para una actuación con menor variabilidad y, por lo tanto, más segura en todos los aspectos.

Dos líneas inician actualmente su camino y pueden dar las pistas de cómo será el futuro:

- Por un lado, los sistemas de soporte de la toma de decisiones (también denominados sistemas expertos). Si estamos de acuerdo en que hay una evidencia en el proceso de diagnóstico y seguimiento terapéutico, de muchos procesos patológicos, podemos inferir que una parte (o mucha) de este conocimiento científico puede servir de base para establecer un conjunto de requerimientos, que pueden trasladarse a formulaciones algorítmicas más o menos complejas, que acaben constituyendo un sistema de alertas-sugerimientos en el momento en que el profesional tome decisiones.
- Por otro lado, muy tímidamente, también empiezan a aparecer unos incipientes mecanismos de gestión del conocimiento colectivo profesional que, por decirlo de alguna manera, copian y trasladan el modelo wiki2 al entorno sanitario; y no sólo esto, también prestigiosas revistas, como *NEJM* o *BMJ*, empiezan una evolución hacia una manera menos "estática" y unidireccional de compartir el conocimiento clínico.

The screenshot shows the homepage of The New England Journal of Medicine. At the top, the journal's name is prominently displayed. Below it, there are navigation links for HOME, PAST ISSUES, and TOPIC COLLECTIONS. A search bar is available with options for keyword, citation, or author. A sidebar on the left lists various services like 'Subscribe', 'Renew', and 'Register'. The main content area features several article highlights, including 'ONLINE FIRST' articles such as 'Platelet Inhibition with Cangrelor in Patients Undergoing PCI' and 'Biventricular Pacing in Patients with Bradycardia and Normal Ejection Fraction'. There is also a 'CURRENT ISSUE' section for November 12, 2009, and a 'NEW INTERACTIVE MEDICAL CASE' titled 'A Crisis in Late Pregnancy'. Other sections include 'IMAGE OF THE WEEK' with 'Painless White Lesions' and an 'H1N1 INFLUENZA CENTER'.

En este caso interactivo "A Crisis in Late Pregnancy" podemos observar la nueva orientación, y en este otro caso, las relaciones de *BMJ* con Twitter

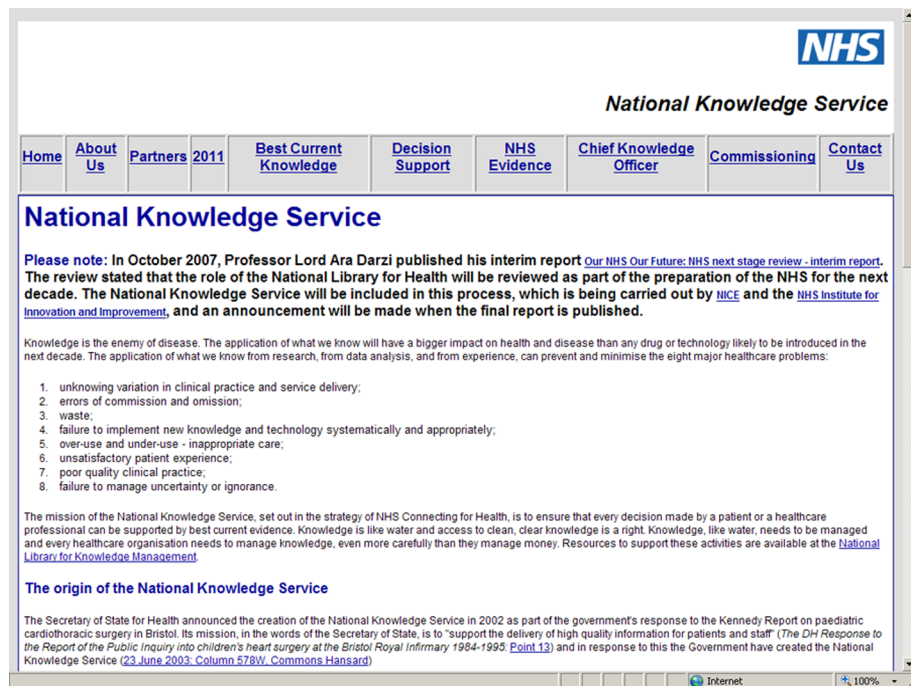
The screenshot shows the BMJ (British Medical Journal) website. At the top, there is a banner for 'Follow the latest BMJ updates on twitter'. Below this, there is a search bar and navigation links for BMJ, BMJ Journals, BMJ Careers, BMJ Learning, BMJ Evidence Centre, and BMJ GROUP. The main content area is divided into several sections: 'News' with an article about 'Australia operates "closed shop" to restrict doctors from overseas, say critics'; 'Education' with an article about 'Generalised tetanus in a patient with a chronic ulcerated skin lesion'; 'What's new' with a list of recent updates; 'Latest blogs' with a list of recent blog posts; and 'Find BMJ on:' with links to iGoogle, Google, and Twitter. There are also several promotional banners, including one for 'Want to work in the UK?' and another for 'General Update'.

Algunos ejemplos de iniciales redes sociales de médicos:





A este respecto es digno de mencionar el trabajo realizado por Carolina de Brun en la gestión de conocimiento en el NHS (National Knowledge Service):



La complejidad nos aparece en el momento en que juntamos la información procedente de pacientes a través de las respectivas historias clínicas personales, la procedente de grupos de pacientes, el propio historial clínico procedente de los profesionales sanitarios y el conocimiento científico acumulado; evidentemente, al profesional siempre le quedará el valor intelectual de su razonamiento clínico que deberá aplicar, pero ciertamente estará a mucha distancia de este concepto, tal como lo entendemos actualmente.

Diversas iniciativas promueven la creación de PHR (Personal Health Records) y su posible estandarización, por ejemplo en HL7, para su compartición y su relación con los EHR (Electronic Health Records).

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
Room 505-D  
200 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20201



Public Affairs Office

## MEDICARE NEWS

For immediate release  
August 8, 2008

Contact: CMS Office of Media Affairs  
(202) 690-6145

### MEDICARE PILOT PROGRAM WILL OFFER BENEFICIARIES CHOICES FOR MAINTAINING THEIR OWN PERSONAL HEALTH RECORDS

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) today announced a pilot program to test options for beneficiaries with Original Medicare to maintain their health records electronically. Under this pilot in Arizona and Utah, a beneficiary may choose one of the selected commercial personal health record (PHR) tools, and Medicare will transfer up to two years of the individual's claims data into the individual's PHR.

Medicare's administrative contractor, Noridian Administrative Services (NAS), released a solicitation to potential PHR vendors today. The program is scheduled to begin in January 2009 and is expected to offer Medicare beneficiaries in the two states a choice of several PHR options.

"This exciting pilot will be a major step forward for Medicare. We believe that it will provide information and tools that will empower consumers to manage their health," said HHS Secretary Mike Leavitt. "Importantly, we intend for the pilot to provide beneficiaries with a choice of products that will make it possible for beneficiaries to meet their individual needs."

PHRs are tools that can help consumers manage their health and health care services. A PHR is a record of health information that is under the control of the consumer or patient. Sometimes it only contains data entered by the individual or his or her provider, but it can also include information from a health plan – as is the case in this pilot, where Medicare provides health information from its claims data base. A PHR is different than an electronic health record (EHR), which is owned by and under the control of the physician.

Beneficiaries who select one of the participating PHR vendors can also add other personal health information if they choose. Depending on the specific product, they may be able to authorize links to other personal electronic information such as pharmacy data. PHRs can offer links to tools that help consumers manage their health such as wellness programs for tracking diet and exercise, medical devices, health education information, and applications to detect potential medication interactions.

- more -

## HL7 Personal Health Record System Functional Model and Standard

Presented by:

John Ritter

College of American Pathologists

EHR Work Group co-chair

PHR Work Group co-facilitator

[JRitter@CAP.org](mailto:JRitter@CAP.org)

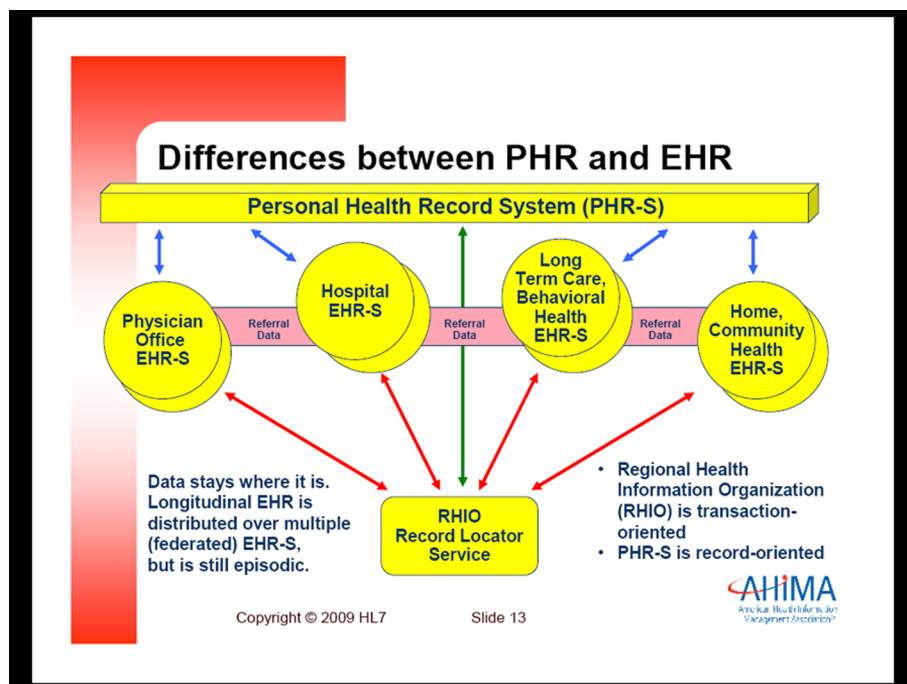
[JohnRitter1@verizon.net](mailto:JohnRitter1@verizon.net)



HL7 Working Group Meeting

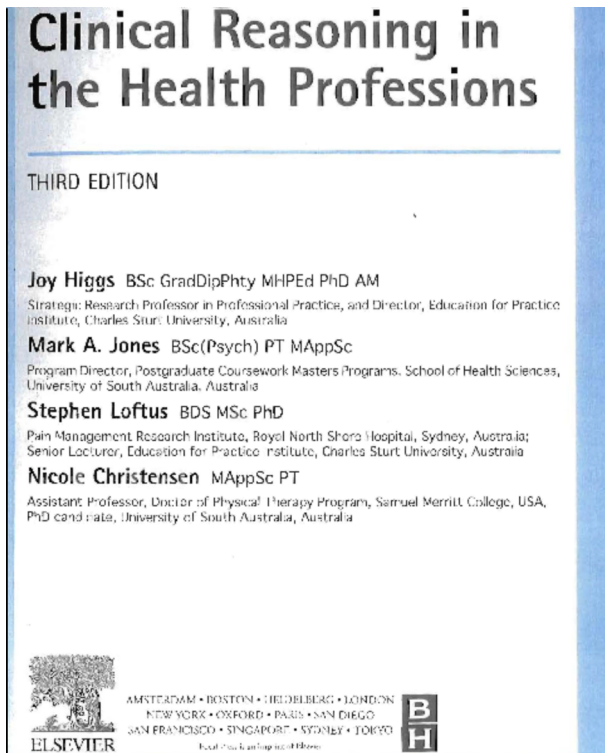
Kyoto, Japan

13 May 2009



La relación entre experiencia y conocimiento, y su relación con el razonamiento clínico y su correspondiente proceso de toma de decisiones clínicas, son un apasionante terreno que está siendo estudiado por diversos autores y grupos, entre los que quizá sea el más relevante el grupo australiano liderado por Joy Higgs, de la Charles Sturt University. Las relaciones entre entorno, conocimiento, experiencia y modelos de práctica dentro de las denominadas ciencias sociales, basadas en el pensamiento crítico, a diferencia de las ciencias naturales, generan un conjunto de implicaciones cuyo desarrollo excede el ámbito y objetivo de este texto, aunque lo mencionamos dado que no debe obviarse si queremos continuar en la búsqueda del correcto camino de adaptación al papel del profesional sanitario en el futuro.

Es altamente recomendable la tercera edición de *Clinical Reasoning in the health professions*.



Ante todo ello, seguramente lo más complejo es acabar de situar en el tiempo los distintos pasos que se irán produciendo y ver cómo facilitar la adaptación de los profesionales, en los que debe tenerse en cuenta la curva de aprendizaje necesaria.

En nuestro entorno más próximo empiezan a aparecer interesantes opiniones, por ejemplo la del editorial de Julio Lorca en *Revistaesalud.com*, proyectos como los del grupo de la UOC, y análisis y valoraciones como los de la EASP de Granada, que sirven de indicadores del creciente interés en avanzar en esta temática.

### Referencias bibliográficas

- J. Lorca Gómez (2010). "E-Paciente: ¿Qué puede llevar a un ciudadano a definirse a sí mismo como "e-Paciente", y a promover que le imiten por todo el mundo?" *Revistaesalud.com* (vol. 6, núm. 21).
- M. Pousada Fernández; M. Boixadós Anglès; R. Nieto Luna y otros (2009). "Proyecto de una intervención a través de la red para la mejora de la calidad de vida de padres cuidadores de niños con trastornos crónicos". *Revistaesalud.com* (vol. 5, núm. 20).
- C. Bermúdez Tamayo; J. F. García Gutiérrez; J. Jiménez Pernet (2010). "Necesidades de información en pacientes con cáncer y su oferta en internet". *Revistaesalud.com* (vol. 6, núm. 21).

## Resumen

La principal conclusión de los autores se refiere, una vez aceptados los siguientes principios, a que:

- Muy probablemente, nuestro sistema sanitario no está respondiendo a las necesidades y expectativas reales de los ciudadanos en general y de los pacientes en particular.
- Los factores de entorno tienen una importancia mayor de la que se considera y contamos con unos profesionales que podemos considerar como gravemente desorientados.

Se hace necesario:

- Un profundo aprendizaje de un conjunto de disciplinas que pueden moverse alrededor del proceso sanitario.
- Encarar la aceptación y la inclusión de nuevas tecnologías, como son las de la información y la comunicación y la robótica, que han de mejorar procesos y aportar la garantía de seguridad clínica y, por lo tanto, de calidad en muchos casos.
- Finalmente, estar muy atento a la evolución de diversos fenómenos de índole social, que van a afectar al entorno productivo en general y a la nueva versión de la industria sanitaria en particular.

En resumen, y como principal recomendación, se sugiere iniciar un proceso de adquisición de conocimiento continuado, no tan sólo en la materia en la que uno puede considerarse experto, sino también en las materias relacionadas.

Ésta será la única vía de mantener el equilibrio entre los distintos agentes que participan en los sistemas sanitarios modernos; nos referimos, evidentemente, tanto a los profesionales sanitarios como a los ciudadanos-pacientes y asimismo a los decisores político-técnicos que, en su toma de decisiones, también han de influir en señalar tendencias y facilitar medios para el mantenimiento del equilibrio.



## Actividades

### 1. Caso práctico 1: Debate

María es una mujer de 78 años residente en Barcelona, que vive sola en un segundo piso sin ascensor, tiene una hija y un hijo de 53 y 50 años, respectivamente, que viven y trabajan en la misma ciudad. María padece desde hace varios años una HTA, DM, Hipotiroidismo y ACXFA controlados. Toma más de cinco fármacos para controlar estas enfermedades. Tras un período de varias semanas sintiéndose muy fatigada, y después de estudiar este episodio, finalmente se le diagnostica insuficiencia cardíaca.

- ¿A la hora de planificar una herramienta de soporte, qué aspectos tendríais en cuenta?
- ¿Qué valoraríais antes de implementar un recurso de telemedicina? ¿Qué le pediríais a esta nueva herramienta?

### 2. Caso práctico 2: Debate

Recientemente, una conocida web de pacientes ha realizado un estudio sobre la idoneidad de una medicación en un enfermedad crónica. El estudio, que ha estado dirigido metodológicamente por un estadístico matemático, sin ninguna intervención de profesionales sanitarios, y ha contado con una amplia participación de pacientes, ha obtenido unos resultados relevantes.

- ¿Qué opináis de que este tipo de estudios proliferen?
- ¿Creéis necesario que se produzca algún tipo de intervención profesional, administrativa o similar, para regular este tema?
- ¿En cualquier caso, debería ser aprovechado o validado por profesionales sanitarios?

### 3. Caso práctico 3: Reflexión

Partiendo del artículo publicado el pasado otoño sobre la gripe A en La Vanguardia, analizad las diferentes vías a través de las cuales puede un ciudadano recibir información, qué grado de incoherencia puede surgir entre ellas y cómo algunas fuentes, en vez de suponer una ayuda para cumplir objetivos relevantes para la salud pública, pueden convertirse en motivo de resistencia o de conflicto.

## Bibliografía

**Bermúdez Tamayo, C.; García Gutiérrez J. E.; Jiménez Pernet, J.** (2010). "Necesidades de información en pacientes con cáncer y su oferta en internet". *Revistaesalud.com*, vol. 6, núm. 21.

**Comelles, J. M.** (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

**Gutiérrez Rodríguez, D.; Martínez Fraga, A.; Gómez, L. M.; Rodríguez Pardillo, C.** (2009). "Longevidad Satisfactoria. Etapa de reto actual". *Revistaesalud.com*, vol. 5, núm. 17.

**Lorca Gómez, J.** (2010). "E-Paciente: ¿Qué puede llevar a un ciudadano a definirse a sí mismo como "e-Paciente", y a promover que le imiten por todo el mundo?". *Revistaesalud.com*, vol. 6, núm. 21.

**Martínez Hernández, M. A.** (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

**Mercado Carmona, C.** (2006). "La venta de medicamentos por Internet en la nueva Ley del medicamento, Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios". *Revistaesalud.com*, vol. 2, núm. 8 (2006), IV trimestre.

**Nichter, M.** (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica". *Desacatos*, enero-abril, núm. 020 (págs. 109-132). México.

**Pousada Fernández, M.; Boixadós Anglès, M.; Nieto Luna, R. y otros** (2009). "Proyecto de una intervención a través de la red para la mejora de la calidad de vida de padres cuidadores de niños con trastornos crónicos". *Revistaesalud.com*, vol 5, núm. 20.

**Pujol, L.** (2009). "Si no me empoderas... me emancipo!". *Revistaesalud.com*, vol 5, núm. 19.