

Cuatro Propuestas Concretas para el Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública

Ana Canalejo. anakanalejo@gmail.com

Íñigo Duque. inigo.duque@gmail.com

Como observarán, se trata de una serie de propuestas concretas y prácticas, de implementación independiente, aunque con diferentes niveles de complejidad:

1. Acceso a la información de los sistemas de información de terceros implantados en la red de hospitales y centros del Sistema de Salud Pública y hospitales/centros concertados

Antecedentes:

Existe un volumen de información valiosísima repartido entre sistemas de información propios y de terceros, generalistas, departamentales o asociados a tecnología sanitaria en toda España.

Las posibilidades de acelerar el conocimiento para prevenir la progresión de la enfermedad, minimizar el riesgo de agudización y facilitar/anticipar la toma de decisiones clínicas, de salud pública o de gasto/inversión/financiación, podrían crecer exponencialmente con el acceso y el estudio de toda esa información disponible en islas de información. El uso de técnicas de Inteligencia Artificial, Machine Learning y Deep Learning con todos esos datos resultaría en una aceleración exponencial del conocimiento.

Los departamentos de informática de los hospitales y centros, así como las DG de Sistemas de Información y Tecnologías de la Información en las CCAA, deben conocer el total de sistemas implantados y a los proveedores de los mismos.

Propuestas:

- **Definir y ejecutar un modelo de integración de todos los sistemas de información hospitalaria y de primaria de todas las CCAA, así como definir los estándares de interoperabilidad nacionales para cualquier sistema de información implantado en la red sanitaria española.**
- **Exigir, en los contratos públicos de proveedores en los que se haya incluido en los pliegos de prescripciones técnicas el acceso a los datos bajo estándares de interoperabilidad, que los proveedores ejecuten dicho acceso bajo riesgo de incumplimiento de las condiciones del contrato en caso de que no lo hagan en el modo y fecha que se exija.**
- **En cualquier nuevo contrato público que implique gestión de datos y la implantación de sistemas de información, incluir en los pliegos la obligatoriedad de proveer acceso a los datos con estándares de interoperabilidad concretos.**
- **Desarrollar una red pública de expertos en gestión de la información, inteligencia artificial, machine learning, Deep learning, etc., que funcione en forma de Hub-and-Spoke con universidades, empresas y otras entidades, tanto nacionales como internacionales, que permita extraer el máximo beneficio de toda esa información y a la mayor velocidad posible.**

Ejemplos de posibles resultados:

- **Generar una herramienta que permita predecir la expansión de una enfermedad infecciosa, nueva o conocida, en un territorio concreto, antes de iniciar su fase**

exponencial, que permita anticipar la toma de decisiones y restringir las intervenciones al territorio y situación concretas.

- Desarrollar un modelo predictivo que anticipe la agudización o un cambio en la progresión de la enfermedad en pacientes con determinadas patologías crónicas. Por ejemplo, en pacientes renales, anticiparse a una caída brusca de la función renal que evite el inicio no programado de Tratamiento Sustitutivo Renal, reduciendo la mortalidad y el coste incremental asociado al mismo.

2. Replicar el modelo Buurtzorg Netherland para el trabajo enfermero comunitario

Antecedentes:

La Covid-19 ha obligado a redefinir la atención primaria. Tanto en lo que respecta a la seguridad de la atención presencial, como a la necesidad de optimizar los escasos recursos humanos y la infraestructura.

<https://www.geriatricarea.com/2020/06/03/la-crisis-de-covid-19-obliga-a-redefinir-y-potenciar-el-modelo-de-atencion-primaria/>

La mejor manera de aumentar la efectividad y la eficiencia es replicar modelos que ya hayan demostrado su éxito. El coste de oportunidad de no aprovechar esta crisis para replantear el modelo asistencial es enorme.

Propuesta:

- **Desarrollar, en el área de Atención Primaria, equipos formados exclusivamente por profesionales de enfermería comunitaria para la atención domiciliaria sin estructura para proveer exclusivamente atención domiciliaria a los pacientes del área**

El proyecto replicaría el modelo holandés, con equipos de 10-12 enfermeras que proveerían servicios con un ratio de 50-60 pacientes por profesional. Se podría iniciar con 5 equipos por CCAA para ir progresivamente aumentando su número hasta cubrir el máximo de población posible, sobre todo en áreas urbanas donde las distancias de desplazamiento no sean grandes para optimizar el tiempo de dedicación asistencial. Por otra parte, las zonas menos densamente pobladas deberían maximizar el potencial de atención remota.

Se debería basar en el aprendizaje capturado por los equipos holandeses establecidos, creando un modelo de formación e implementación en colaboración con éstos que permita replicar, de forma rápida, tanto el sistema organizativo, como los objetivos asistenciales, los protocolos de cuidados y las medidas seleccionadas para determinar su efectividad.

La atención domiciliaria incluye la atención presencial en el domicilio, telefónica, por videoconferencia, así como la gestión de los sistemas de Telemonitorización en los pacientes de su área.

La idea sería comparar los resultados en salud, frecuentación de servicios asistenciales, hospitalización, cumplimiento de la medicación, dosis, costes asociados, etc., con los correspondientes a grupos de pacientes macheados a los que se provea de la atención convencional en los centros de salud.

Debería existir una perfecta comunicación y colaboración con los equipos de médicos y enfermería de atención presencial en los centros de atención primaria y, obviamente, compartir los mismos sistemas de información con generación de alertas para estos.

<https://es.slideshare.net/scgs/el-modelo-buurtzorg-netherland-una-propuesta-disruptiva-para-el-trabajo-enfermero-comunitario>

3. Adaptación al entorno rural del modelo Buurtzorg Netherland para el trabajo enfermero comunitario maximizando el potencial de la telemedicina y con desplazamiento rotatorio de equipos médico-enfermera en autobuses asistenciales

Antecedentes:

La crisis Covid-19 ha demostrado la existencia de necesidades específicas que surgen de forma diferencial en el modelo asistencial rural. Éstas se suman a las circunstancias ya existentes previamente en el entorno rural y, especialmente, en la “denominada España vaciada”, como son la dispersión geográfica, la pérdida de población, el envejecimiento de la misma o el aumento de las enfermedades crónicas. Frente a estos retos, se presentan oportunidades como las posibilidades que ofrecen las Nuevas Tecnologías o formas nuevas de prestar la asistencia sanitaria y los cuidados.

Propuesta:

- **Se trataría de adaptar el modelo Buurtzorg a una asistencia en el entorno rural que no precisaría de infraestructura al añadirse autobuses dotados para la atención rural con equipos autónomos de enfermería y médico, y una fuerte implantación de la telemedicina para la atención inmediata de pacientes.**
- **Incluiría toma de muestras analíticas y pruebas complementarias más habituales.** Por ejemplo: <https://medium.com/@jcbllimited/how-are-medical-buses-changing-the-face-of-modern-health-care-today-ba4287e824d3>
- **Tendría conexión remota con los sistemas de información de atención primaria y hospitalaria.**
- **Este modelo podría también adaptarse a la realización de sesiones de hemodiálisis modificando el paradigma de que sea el paciente el que tenga que desplazarse al centro, evitando la necesidad de infraestructuras y maximizando el uso de los equipos de diálisis.** Por ejemplo: <https://kidney.org.au/bus>

4. Desarrollo de equipos de protección para los profesionales sanitarios y personal parasanitario con diseños ergonómicos y más confortables a partir de bioplásticos

Antecedentes:

El hilo de Twitter insertado en la siguiente página nos habla de las dificultades que supone realizar actividad asistencia y parasanitaria con los diseños de los equipos de protección actuales. Por otra parte, las dificultades para conseguir equipos de seguridad durante la crisis Covid-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de relocalizar este sector industrial en nuestro país.

El coste de oportunidad de no hacerlo y no aprovechar para crear una diferencia competitiva mayúscula en cuanto a facilitar un diseño más cómodo y con materiales no contaminantes y sostenibles es, de nuevo, enorme.

 **Miguel Marcos #ManténLaDistancia #LávateLasManos**
@drmiguelparcos

Tuve guardia en zona COVID y vi un ingreso (sí, todavía hay pacientes con COVID19 o sospecha que ingresan). Aparte de mencionar este detalle, que NO es banal, la sensación de calor y de opresión con el EPI en este momento es enorme. Dificultad añadida para este verano...

4:42 p. m. · 29 may. 2020 · [Twitter Web App](#)

113 Retweets 518 Me gusta

   

 **Maribel Vicente Ferrero @MblFerr** · 29 may.
En respuesta a [@drmiguelparcos](#)

Uff.. no quiero ni pensarlo, y los que trabajamos en el medio extrahospitalario lo vamos a pasar muy mal en verano. 😞
No se si alguien mas lo habra pensado. Pero el riesgo del golpe de calor esta presente.

 1  1  15 

 **Miguel Marcos #ManténLaDistancia #LávateLasManos @...** · 29 may.

Nosotros no tenemos aire acondicionado en las plantas y se dice, se rumorea, que no se va a poder poner el aire acondicionado en las plantas que hay...

 6  7  14 

⋮ [2 respuestas más](#)

 **Agustin Rodriguez B @A_Rodrgz_B** · 29 may.
En respuesta a [@drmiguelparcos](#)

Yo hoy biopsia hepática ecoguiada a paciente PCR+. A la sensación de opresión hay que sumar la falta de tacto por el uso de guantes múltiples y la mala visión con la pantalla. Se hace duro aunque el rato sea corto.

 2  3  30 

 **Juan Luis Blas @JLBlasLaina** · 29 may.

El diseño de los medios de protección individual no está dirigido para ciertas actividades como cirugía, radiología intervencionista. Disminuye precisión, visión distorsionada, menor ergonomía... Sólo tienes ganas de acabar y quitarlo.
Necesitamos nuevos diseños.

 1  5  17 

⋮ [1 respuesta más](#)

Propuestas:

- **Crear una línea de investigación local multisectorial (diseño industrial, plásticos vegetales, profesionales sanitarios, etc.) para el desarrollo de nuevos diseños ergonómicos para los equipos de seguridad que permitan, por una parte, aprovecharse de la protección intelectual, así como servir de plataforma para la creación de una industria local que genere puestos de trabajo, consolide la provisión local de estos equipos y maximice las exportaciones.**
- **Los materiales de partida deberían ser sostenibles y no contaminantes, al contrario de lo que ocurre con los diseños de uso actual. Se trataría de bioplásticos o plásticos vegetales.**

https://www.huffingtonpost.es/2018/11/29/la-revolucion-del-plastico-vegetal-compostable-y-biodegradable_a_23602733/

<https://www.nationalgeographic.es/>