



# PROPUESTAS PARA REDUCIR LA BRECHA DIGITAL EN SALUD

**Anexo al informe de la desconferencia**

4 de noviembre de 2014. Madrid



GRUPO  
**MENARINI**

---



<b>7 ANEXOS:</b>	
<b>APORTACIONES POR GRUPOS DE TRABAJO</b> .....	3
1.1 Situación de la eSalud en España .....	4
1.2 ¿Qué es el aislamiento digital? .....	14
1.3 ¿Para qué queremos reducir el aislamiento digital? .....	19
1.4 ¿Qué beneficios obtendremos de la reducción del aislamiento digital en salud? .....	27
1.5 Cinco recursos para luchar contra el aislamiento digital .....	33
1.6 Decálogo para crear iniciativas de eSalud .....	40



1  
ANEXOS:  
APORTACIONES  
POR GRUPOS DE  
TRABAJO

Ante el posible interés por conocer el trabajo específico desarrollado por cada grupo en la desconferencia y percibir los diferentes matices aportados a continuación se han recogido todas las aportaciones realizadas.

1.1.

## Situación de la eSalud en España

### GRUPO 1

La eSalud en España no está mal respecto a Europa, pero la situación es muy mejorable. Si tuviéramos que darle una nota sería de un tres sobre diez. ¿Por qué se encuentra en este punto? Por el desinterés, por el frikismo, porque no existe un impacto o repercusión clara. En definitiva, la eSalud en España no es “sexy”, es poco motivante.

1

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Frederic Llordachs	Lluís Gonzaga Puig
	Pilar Barral
	Rafael Borrás
	Zulema Gancedo

## GRUPO 2

Creemos que hay falta de conocimiento, de cultura 2.0 en las instituciones, falta de apoyo, de motivación y de utilidad. También hay causas sociodemográficas, de resistencia al cambio y relacionadas con las competencias profesionales.

Además, hemos debatido sobre los recursos y la actitud y hemos llegado a la conclusión de que sí hay masa crítica y recursos (sencillos y baratos), pero no existe apoyo político ni estrategia para implantar la eSalud. En definitiva, falta interés y actitud.

2

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Miguel Ángel Mañez	José Luis Gutierrez
	Lara Hernández
	Mar Muñoz
	Nuria Zúñiga*

## GRUPO 3

La eSalud no es una prioridad estratégica, pero creemos que debería serlo. Hay dos grandes factores: por un lado, la falta de apoyo institucional y, por otro, el miedo a la exposición, la falta de motivación y actitud, y la existencia de prejuicios. En España hay masa crítica, sí, pero es poca y muy crítica. Además, faltan e-pacientes. Destacan también las diferencias existentes entre comunidades, la lentitud y la desigualdad con la situación social y económica.

Con respecto a Europa, destacar que en otros países sería impensable que un hospital no tenga algo tan simple como una página web, algo que todavía no tienen muchos centros en nuestro país.

3

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Serafín Fernández	Jaime Acosta
	Luis Roberto Martín
	Mónica Lalanda
	Santiago Martínez

#### GRUPO 4

Para revisar la situación de la eSalud en España lo primero que hay que tener en cuenta es la confluencia de una serie de factores. Y es que falta formación, acceso a los recursos tanto técnicos como económicos, apoyo institucional, tiempo (que hay que dedicar del personal) y motivación y no se percibe su utilidad. Pero, además, hay barreras técnicas, económicas, políticas, de privacidad y de seguridad, y una percepción de falta de fiabilidad del contenido, desconfianza hacia lo que se encuentra.

Respecto a si hay masa crítica en España creemos que sí. Sin embargo, no hay recursos. En nuestro país la eSalud es incipiente, pero nuestra valoración a pesar de todo es bastante optimista, pues creemos que España está en el top ten dentro del espacio europeo en implantación de eSalud.

# 4

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Raúl Ferrer	Esther Gorjón
	Miguel Ángel Tovar
	Paloma Ruiz
	Paula Traver

## GRUPO 5

Para nosotros España no está del todo mal en la aplicación de eSalud respecto a Europa, pero consideramos que estamos un poco bloqueados. Entre las causas también hablamos de muchas carencias que ya se han expuesto: falta una estrategia común en eSalud y referentes, no sabemos a dónde ir ni a quién dirigirnos. Falta continuidad y definición. Es decir, o no hay objetivos predefinidos, o se olvidan por el camino o si no se alcanzan no pasa nada. El diagnóstico de esta situación es lo que hemos venido a llamar pilotitis (nunca se va más allá de la experiencia piloto). Es decir, se crea un proyecto, se lanza, tiene un gran boom, y después...desaparece. Otras carencias son la falta de sensibilización y prioridades y la falta de formación.

Consideramos que sí hay masa crítica, pero no hay actitud. De hecho, creemos que las zonas rurales están más interesadas en todos los desarrollos de eSalud porque para ellos es una necesidad.

# 5

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Patricia Santos*	Fco. José Sánchez
	Manuel Sánchez
	M <sup>a</sup> José Cachafeiro
	Xavier Olba

## GRUPO 6

Sobre las causas que generan aislamiento digital en salud, creemos que hay miedo a perder el control de la información por parte de las instituciones, falta asesoramiento a los profesionales, percepción de utilidad y estrategia. Sí consideramos que hay suficiente masa crítica para desarrollar proyectos digitales en salud en España, pero faltan recursos presupuestarios y voluntad.

¿En qué punto se encuentra la eSalud en España? Hay una buena situación técnica y tecnológica en sistemas de información pero todavía hay una comunicación altamente especializada y las instituciones no perciben un retorno de la inversión de estas herramientas. No hay conversación y no hay estrategia. La eSalud en España es incipiente. No obstante, respecto a Europa estamos en el segundo o tercer puesto en su uso, pero se pueden hacer muchas más cosas.

De hecho, la eSalud no es una prioridad estratégica. Participar en redes sociales debería estar en la cartera de servicios. No hay un marco ético-legal claro para el uso profesional de las redes sociales por parte de los profesionales sanitarios e incluso no hay acceso a redes sociales en muchos hospitales.



Hay diferencias en la implantación de la eSalud entre comunidades autónomas, y estas suelen depender del signo político del partido que gobierna en cada una de ellas, aunque ni siquiera hay homogeneidad dentro de cada comunidad. País Vasco y Cataluña van muy por delante de otras.

En definitiva, creemos que estamos en el camino, pero que no se ha descubierto aún toda la potencialidad de la eSalud.

6

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Isabel Perancho	Alberto González
	Emilio Monte
	Pablo Davó
	Rafael Pardo

## GRUPO 7

Entonamos el mea culpa. Creemos que muchas veces somos los frikis los que estamos propiciando el aislamiento digital en salud porque no estamos generando un proceso de aprendizaje generalizado, porque no estamos pensando en el paciente a la hora de establecer nuestros proyectos.

Consideramos que sí hay masa crítica para desarrollar proyectos digitales en salud, pero no tenemos muy claro que la eSalud pueda llegar a todos. En cuando a la situación de España, creemos que aquí la eSalud es incipiente e inmovilista: no tenemos suficiente actividad y no es prioritario para las administraciones, por lo que no hay recursos. En lo que respecta a las

comunidades autónomas estamos de acuerdo todos en que existen muchas diferencias a la hora de acceder a la información social 2.0 y a las nuevas tecnologías.

Estamos convencidos de que el boom de la eSalud en España mejoraría el trabajo de todos los profesionales sanitarios y repercutiría, para bien, en el paciente.

7

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Ignacio Valverde	Antonio Jesús Ramos
	Cristina Ribas
	Jesús Martínez
	Olga Cures

### GRUPO 8

Si hablamos de las causas que generan aislamiento digital en salud la primera es la poca motivación para el desarrollo, implantación y uso de soluciones de eSalud, también el miedo a una posible pérdida de poder de los profesionales sanitarios. Y es que aunque se nos llena la boca hablando del paciente empoderado la realidad es que las actitudes paternalistas, tanto de organizaciones como de profesionales sanitarios, son una de las muchas causas que dificultan la aplicación de la tecnología en el ámbito sanitario. Además, hay una clara ausencia de mercado: al profesional sanitario le afecta poco lo que el paciente piense de él, si le encuentra en redes sociales o no. Si hubiera más profesionales sanitarios en el mercado 2.0 esto cambiaría. La falta de herramientas en la consulta tampoco ayuda:

¿cómo ser 2.0 sin internet en la consulta o con el acceso a las redes sociales capado? A todo esto se une la falta de concienciación sobre el potencial valor de la eSalud y las diferencias interpersonales en la integración de la tecnología en el día a día laboral y personal.

Para las instituciones sanitarias y para la industria hay poca masa crítica, pero todos quieren tener presencia online, muchas veces más por imagen que porque confíen en su valor. No obstante, consideramos que cada vez hay mayor masa crítica.

La eSalud en España está en un punto incipiente, lo que supone una gran oportunidad. También pensamos que respecto a Europa estamos en el top ten.

Creemos que la eSalud no es una prioridad estratégica para la Administración y que aunque existen diferencias entre comunidades autónomas, en general, el nivel es bajo.

Grupos como el reunido aquí sí que sabemos qué es la eSalud y sus posibilidades, hay un nivel elevado en entornos muy concretos, no tanto en la sociedad en general.

8

Sardar Sherpa	Expedicionarios
José Ávila	Carlos Arenas
	Diego Villalón
	Lourdes Pérez
	Javier Manuel Yagüe

## GRUPO 9

Si abordamos en qué punto está la eSalud en España no podemos obviar los problemas de base del sistema sanitario: problemas no digitales que condicionan y explican lo que está sucediendo a nivel digital. En ese contexto hemos querido diferenciar nuestro análisis entre la eSalud “dura” y “blanda”. La primera, la eSalud “dura” son todos aquellos procesos de base que eran analógicos y que ya son digitales: como la cita médica, la historia clínica, la receta electrónica, etcétera. En este caso, la teoría está controlada y la práctica en proceso de implantación y maduración. La segunda, la eSalud “blanda”: como el elearning, las apps y redes sociales de salud, etcétera, está desorientada.

En cuanto a la masa crítica en España creemos que sí hay buen porcentaje de profesionales de la salud, pero no sucede lo mismo en cuanto al porcentaje de pacientes. Consideramos que, para las administraciones, la eSalud no es una prioridad estratégica, y que están comprometidas más con el concepto que con la práctica.

9

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Esther Román	Alberto Ortiz de Zárate
	Alejandra Rodríguez
	Luis Torija
	Nekane Murga

Las causas del aislamiento digital en salud, en nuestra opinión, son el miedo y la resistencia, el desconocimiento de su funcionamiento y aplicación y el miedo a la horizontalidad, a la pérdida del control de la información. A esto se suma la pasividad y el freno de las organizaciones, aduciendo falta de recursos. El 2.0 es una cuestión de actitud.

Hay una brecha o desigualdad entre sociedad y profesionales. Creemos que la sociedad ha dado más pasos que nosotros. El profesional, cuando llega el paciente, no sabe, no facilita, no ayuda. Hay diferentes velocidades y desequilibrios entre las 17 comunidades autónomas.

10

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Mónica Moro	Carlos Jardón
	Gisel Fontanet
	Iñaki González
	Carlos Matabuena

1.2.

¿Qué es el  
aislamiento  
digital?

### GRUPO 1

“Falta de voluntad y/o de conocimiento de las posibilidades y herramientas, su uso y aplicación en salud, por problemas de acceso, formación o temor al cambio”.

1

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Frederic Llordachs	Lluís Gonzaga Puig
	Pilar Barral
	Rafael Borrás
	Zulema Gancedo

### GRUPO 2

“Desfase en el aprendizaje, uso y aplicación de las nuevas tecnologías y las herramientas digitales en salud provocado por falta de acceso, formación y no percepción de la utilidad y que genera desigualdad”.

2

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Miguel Ángel Mañez	José Luis Gutierrez
	Lara Hernández
	Mar Muñoz
	Nuria Zúñiga*

### GRUPO 3

“Desconocimiento y/o desfase en el aprendizaje, uso y aplicación de herramientas digitales en salud provocado por la falta de acceso, recursos, formación, aislamiento social, actitud, motivación y/o exceso de prejuicios”.

3

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Serafin Fernández	Jaime Acosta
	Luis Roberto Martín
	Mónica Lalanda
	Santiago Martínez

### GRUPO 4

“Desfase en el aprendizaje, uso y aplicación de las nuevas tecnologías y herramientas digitales en salud provocado por la falta de acceso, formación y/o motivación”.

4

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Raúl Ferrer	Esther Gorjón
	Miguel Ángel Tovar
	Paloma Ruiz
	Paula Traver

## GRUPO 5

“No aprovechamiento de los beneficios de las herramientas digitales porque no se usan, debido a la falta de motivación y/o recursos materiales, al aislamiento social, a miedos infundados o a la fobia legal”.

5

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Patricia Santos*	Fco. José Sánchez
	Manuel Sánchez
	M <sup>a</sup> José Cachafeiro
	Xavier Olba

## GRUPO 6

“Desfase en el aprendizaje, uso y aplicación de las tecnologías de la información y de la comunicación y las herramientas digitales del entorno 2.0 por la falta de acceso, formación, desconocimiento de la utilidad, prejuicios sobre la adopción por parte de ciertos colectivos, temor a la exposición y riesgos y aislamiento social”.

6

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Isabel Perancho	Alberto González
	Emilio Monte
	Pablo Davó
	Rafael Pardo



## GRUPO 7

“Desfase en el aprendizaje, uso y aplicación de las nuevas tecnologías y las herramientas digitales en salud provocado por la falta de acceso, formación y resistencia al cambio que genera una desigualdad en la gestión de la salud”.

7

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Ignacio Valverde	Antonio Jesús Ramos
	Cristina Ribas
	Jesús Martínez
	Olga Cures

## GRUPO 8

“Desfase en el aprendizaje, uso y aplicación de las nuevas tecnologías y las herramientas digitales en salud provocado por la falta de acceso, formación, aislamiento social y/o motivación”.

8

Sardar Sherpa	Expedicionarios
José Ávila	Carlos Arenas
	Diego Villalón
	Lourdes Pérez
	Javier Manuel Yagüe

## GRUPO 9

“Desequilibrio en el aprendizaje, uso y aplicación de las TICS en salud provocado por miedo, falta de acceso, desmotivación, formación y/o desconexión social”.

9

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Esther Román	Alberto Ortiz de Zárate
	Alejandra Rodríguez
	Luis Torija
	Nekane Murga

## GRUPO 10

“Desequilibrio en el aprendizaje, uso y aplicación de las TICS en salud provocado por miedo, falta de acceso, desmotivación, formación y/o desconexión social”.

10

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Mónica Moro	Carlos Jardón
	Gisel Fontanet
	Iñaki González
	Carlos Matabuena

1.3.

¿Para qué  
queremos reducir  
el aislamiento  
digital?

## GRUPO DE COMUNICACIÓN

Los comunicadores de salud queremos reducir el aislamiento digital en salud para:

- Reducir la desigualdad.
- Favorecer la equidad.
- Aprovechar las oportunidades.
- Empoderar al paciente.
- Mejorar la gestión de salud que realizan las instituciones.
- Contribuir a la sostenibilidad (siempre y cuando se haga un buen uso).
- Favorecer el aprendizaje colectivo.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Isabel Perancho	Alejandra Rodríguez
	Carlos Jardón
	Cristina Ribas
	Mar Muñoz

## GRUPO DE FARMACIA

Los farmacéuticos tuvimos claro desde el primer momento que el principal motivo para luchar contra el aislamiento digital es para favorecer la comunicación tanto con los pacientes como con los profesionales.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Ignacio Valverde	Jaime Acosta
	M <sup>a</sup> José Cachafeiro
	Miguel A. Tovar
	Pilar Barral

## GRUPO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

En la Industria Farmacéutica queremos reducir el aislamiento digital en salud para:

- Mejorar la educación sanitaria de la población.
- Mejorar la calidad asistencial que ofrecemos a los pacientes, que se traducirá en un acercamiento al paciente, en un paciente mejor formado y en mayor adherencia a los tratamientos y, esperamos, mejores resultados.
- Mejorar la comunicación entre diferentes stakeholders del sector y que estos compartan intereses e inquietudes.
- Incrementar la eficiencia del sistema de salud.
- Acceder a servicios y herramientas a los que no se podría acceder si no fueran digitales.
- Romper barreras y no poner puertas al campo.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Mónica Moro	Lourdes Pérez
	Luis Roberto Martín
	Rafael Borrás
	Xavier Olba

## GRUPO DE INSTITUCIONES SANITARIAS

Hay múltiples motivos para reducir el aislamiento digital en salud y en el caso de quienes trabajamos en organizaciones sanitarias serían los siguientes:

- Para mejorar el trabajo en equipo, sin limitaciones de espacio y tiempo.
- Para fomentar el aprendizaje e intercambio de conocimiento, rompiendo la endogamia.
- Para aprovechar, por fin, todos los canales de comunicación: si el paciente está online, las instituciones a las que acude y los profesionales que lo atienden también tienen que estarlo.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Miguel Ángel Mañez	Carlos A. Arenas
	Alberto González
	Alberto Ortiz de Zárate
	Zulema Gancedo

## GRUPO DE PACIENTES

¿Para qué queremos reducir los pacientes el aislamiento digital en salud?

- Para mejorar la salud y la calidad de vida, ya que creemos que muchos pacientes encontramos en Internet los conocimientos para mejorar nuestro día a día y aumentar nuestra formación.
- Para generar empatía entre colectivos. Y es que muchas veces el profesional sanitario conoce la patología, pero no cómo se vive desde dentro y cuál es la realidad de esa enfermedad.
- Para mejorar las estrategias y políticas en eSalud: es fundamental para un uso más eficiente y eficaz de los recursos y también para involucrar a todos los colectivos en su uso.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Patricia Santos*	Diego Villalón
	Patricia Santos
	Paloma Ruiz
	Santiago Martínez

## GRUPO DE MEDICINA

En el caso de los médicos hemos resumido nuestros motivos para reducir el aislamiento digital en: generar, compartir y utilizar conocimiento y mejorar resultados sanitarios. Porque nadie sabe más que todos juntos.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Frederic Llordachs	Fco. José Sánchez
	Carlos Matabuena
	Jesús Martínez
	Mónica Lalanda

## GRUPO DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Desde la visión de las sociedades científicas y los colegios profesionales es necesario reducir el aislamiento digital en salud para promover la investigación, la formación, la creación de una conciencia de grupo y, sobre todo, para proyectarnos hacia la población.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
José Ávila	Emilio Monte
	Gisel Fontanet
	Lluís Gonzaga
	Nekane Murga

## GRUPO DE FISIOTERAPIA

Entre otras razones, desde la fisioterapia apuntamos:

- Para facilitar el acceso a la información.
- Para contrarrestar la Ley de Cuidados Inversos.
- Para tener acceso a todos y a cualquier profesional de la salud.
- Para disminuir el cultural gap, o la tendencia que tenemos ante un problema nuevo a dar viejas soluciones: el 2.0 requiere soluciones 2.0.
- Para alcanzar un idioma común, evitando el fracaso del esperanto.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Raúl Ferrer	Luis Torija
	Manuel Sánchez
	Olga Cures
	Pablo Davó



## GRUPO DE ENFERMERÍA

Los representantes de la enfermería en la desconferencia queremos reducir el aislamiento digital en salud en España para facilitar, mejorar, optimizar y potenciar:

- La comunicación entre profesionales, ciudadanos y organizaciones.
- El acceso a la información y al conocimiento.
- La democratización de oportunidades en salud.
- La colaboración y las sinergias.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Serafín Fernández	Antonio Jesús Ramos
	Esther Gorjón
	Javier Manuel Yagüe
	José Luis Gutiérrez

## GRUPO MIXTO

Nuestro grupo mixto, en el que estamos representando a documentalistas, recursos humanos, psicólogos y consultores de eSalud, consideramos que hay que reducir el aislamiento digital en salud para:

- Acceder a más recursos o recursos diferentes que están en la red.
- Acceder también a personas con las que de otra manera no podríamos interactuar.
- Mejorar la interacción entre todos los actores del sector salud.

- Mejorar la calidad percibida de la atención sanitaria.
- Reducir costes.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Esther Román	Iñaki González
	Lara Hernández
	Paula Traver
	Rafael Pardo

#### 1.4.

¿Qué beneficios obtendremos de la reducción del aislamiento digital en salud?

### GRUPO DE COMUNICACIÓN

Los beneficios que se obtendrán de la reducción del aislamiento digital en salud se pueden resumir en lograr un sistema sanitario más dinámico, más participativo y más colaborativo, aunque esto solo podrá ser así si se evalúan o validan los resultados de la eSalud en el sistema y la salud de la población.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Isabel Perancho	Alejandra Rodríguez
	Carlos Jardón
	Cristina Ribas
	Mar Muñoz

### GRUPO DE FARMACIA

La reducción de la brecha digital permitirá a instituciones, profesionales de la salud y pacientes estar formados, informados y comunicarse, dentro de sus propios círculos o entre todos ellos. Además, en el caso de los profesionales sanitarios creemos que podría favorecer la creación de redes, fomentar la empatía y mejorar la eficiencia.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Ignacio Valverde	Jaime Acosta
	M <sup>a</sup> José Cacheiro
	Miguel A. Tovar
	Pilar Barral

## GRUPO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La reducción de la brecha digital en salud tendría, para la Industria Farmacéutica, claros beneficios. Por un lado, el paciente estaría más implicado en su salud y el profesional estaría más comprometido con su paciente. También ayudará a reducir el aislamiento de los profesionales de la salud y a convertirlos en referentes: “KOL-DOL”, es decir, Key Opinion Leader y Digital Opinion Leader. A todo esto se añadirá, seguramente, el ahorro para el sistema de salud y la mejor adherencia a los tratamientos y los resultados clínicos.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Mónica Moro	Lourdes Pérez
	Luis Roberto Martín
	Rafael Borrás
	Xavier Olba

## GRUPO DE INSTITUCIONES SANITARIAS

Desde el punto de vista de las instituciones sanitarias, con la reducción del aislamiento digital conseguiríamos la continuidad de los cuidados y más salud con fiabilidad, confianza y mejores autocuidados. También, aprender de los pares y evitar organizaciones aisladas digitalmente.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Miguel Ángel Mañez	Carlos A. Arenas
	Alberto González
	Alberto Ortiz de Zárate
	Zulema Gancedo

## GRUPO DE PACIENTES

En el caso de los pacientes, creemos que las ventajas que se obtendrían son dos. Por un lado, alcanzar un mayor grado de representatividad, es decir, contar con datos de muestras mayores en las que basarnos a la hora de estudiar y desarrollar nuevas aplicaciones y proyectos. Por otro, un acceso universal a la salud, entendido este como la posibilidad de conocer lo que está sucediendo en cualquier parte del mundo en relación con nuestra enfermedad. El aumento en salud y calidad de vida serían claros beneficios. Es decir, las mismas razones por las que los pacientes queremos romper la brecha digital son los beneficios que obtendríamos si la salváramos.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Patricia Santos*	Diego Villalón
	Patricia Santos
	Paloma Ruiz
	Santiago Martínez

## GRUPO DE MEDICINA

Los beneficios de reducir la brecha digital en salud son tanto individuales como colectivos. En el caso individual, permitiría formar parte de una comunidad de conocimiento. Cuanto mayor es la comunidad, mayor es la horizontalidad y el beneficio personal. En el caso colectivo, la población y los diferentes colectivos sanitarios dispondrán de información sobre ellos, sobre nosotros y sobre todos.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Frederic Llordachs	Fco. José Sánchez
	Carlos Matabuena
	Jesús Martínez
	Mónica Lalanda

## GRUPO DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Consideramos que la eSalud y su abanico de posibilidades y herramientas son eficientes, lo que supondría un ahorro de dinero. Además, son potentes herramientas de comunicación, tanto interna como externa.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
José Ávila	Emilio Monte
	Gisel Fontanet
	Lluís Gonzaga
	Nekane Murga

## GRUPO DE FISIOTERAPIA

Desde la fisioterapia consideramos que con la reducción de la brecha digital en salud mejoraríamos la experiencia del usuario y reduciríamos costes y miedos. También aumentarían los conocimientos y la educación de la población. Y lo más importante de todo: dotaríamos de criterio (*choosing wisely*).

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Raúl Ferrer	Luis Torija
	Manuel Sánchez
	Olga Cures
	Pablo Davó

## GRUPO DE ENFERMERÍA

Consideramos que hasta que no seamos capaces de explicar al Ministerio de Sanidad, al resto de la administración pública y a las instituciones sanitarias que la eSalud puede ocasionar una mejora en los resultados de salud<sup>5</sup> de la población, no tenemos nada que hacer. Hay que mostrar resultados clínicos, de ahorro y de satisfacción de los pacientes.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Serafín Fernández	Antonio Jesús Ramos
	Esther Gorjón
	Javier Manuel Yagüe
	José Luis Gutiérrez

## GRUPO MIXTO

Hay un beneficio muy claro, que es la fidelización a pacientes, a profesionales y al resto de agentes del sector sanitario. Otro beneficio sería el desarrollo profesional y el reconocimiento de todos los que trabajamos en salud y, también se mejoraría la salud general de la población, con los ciudadanos “sanos” o con patologías más leves en casa, sin hiperfrecuentar consultas y hospitales con consultas o trámites que pueden gestionarse en un espacio virtual, no físico. Pero el beneficio más importante sería lo que hemos venido a denominar como la “mente colmena”, es decir, la inteligencia colectiva que se generaría.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Esther Román	Iñaki González
	Lara Hernández
	Paula Traver
	Rafael Pardo



## 1.5.

### Cinco recursos para luchar contra el aislamiento digital

Hubo algunos recursos que no han entrado en el Top 5 final, que fueron comentados durante la jornada de trabajo por los diferentes grupos. Aquí se recogen los listados de los imprescindibles de cada colectivo:

#### GRUPO DE COMUNICACIÓN

- 1 Una web colaborativa multidisciplinar, propiciada desde la Administración, y que se erija en referente en salud para toda la población, algo que ahora mismo no existe.
- 2 Guías de buenas prácticas en eSalud con criterios para seleccionar contenidos y servicios digitales en salud con resultados verificables.
- 3 Una plataforma de *elearning* en cultura digital.
- 4 Más contenidos audiovisuales, pero elaborados con asesoría profesional para explotar al máximo las posibilidades de esta herramienta de comunicación.
- 5 Aunque no es un recurso digital, es imprescindible contar con un marco jurídico-legal.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Isabel Perancho	Alejandra Rodríguez
	Carlos Jardón
	Cristina Ribas
	Mar Muñoz

## GRUPO DE FARMACIA

- 1 Talleres de casos de éxito, de tal forma que con la visualización de los ejemplos podamos mover a esa masa crítica que todavía no se ha movilizado.
- 2 Mensajería directa: a través de grupos de Whatsapp, por ejemplo, o de correo electrónico, para generar conocimiento colaborativo.
- 3 Vídeos formativos.
- 4 Twitter.
- 5 Comunidades de pacientes.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Ignacio Valverde	Jaime Acosta
	M <sup>a</sup> José Cachafeiro
	Miguel A. Tovar
	Pilar Barral

## GRUPO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

- 1 Web social, a modo de campo base.
- 2 Apps, como expresión de la movilidad en salud.
- 3 Wearables, para explotar las posibilidades de la telemedicina.
- 4 Big Data, para la interoperabilidad.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Mónica Moro	Lourdes Pérez
	Luis Roberto Martín
	Rafael Borrás
	Xavier Olba

## GRUPO DE INSTITUCIONES SANITARIAS

- 1 Apps, por su movilidad.
- 2 Comunidades virtuales.
- 3 Refuerzo presencial: es imprescindible que todo lo online vaya acompañada de un refuerzo presencial.
- 4 Nietos, como ejemplo de la familia y como factor de contagio del uso de la tecnología en el hogar.
- 5 El ingrediente AIS: Actitud, Inteligencia y Sencillez, que son fundamentales.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Miguel Ángel Mañez	Carlos A. Arenas
	Alberto González
	Alberto Ortiz de Zárate
	Zulema Gancedo

## GRUPO DE PACIENTES

- 1 Recursos multimedia, que nos ayudan en el aprendizaje del uso de las herramientas digitales.
- 2 Comunidades.
- 3 Blogs de pacientes, recomendados por los profesionales y que sirvan de guía a quienes acaban de debutar en su enfermedad.
- 4 Juegos, la gamificación es importante para el aprendizaje.
- 5 Web acreditadas y con contenidos fiables.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Patricia Santos*	Diego Villalón
	Patricia Santos
	Paloma Ruiz
	Santiago Martínez

## GRUPO DE MEDICINA

- 1 Las wikis, como elemento de información estructurada.
- 2 Las webs creadas por profesionales en su campo.
- 3 La mensajería instantánea entre profesionales.
- 4 La telemedicina, pero teniendo en cuenta cómo el código deontológico afectaría a este tipo de medicina y cómo hay que cambiarlo y adaptarlo a las nuevas necesidades.
- 5 Los webinars, píldoras audiovisuales interactivas de conocimiento, como Tekuidamos.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Frederic Llordachs	Fco. José Sánchez
	Carlos Matabuena
	Jesús Martínez
	Mónica Lalanda

## GRUPO DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- 1** La web: todas las sociedades científicas y colegios profesionales tienen que contar con una página web, algo que todavía y aunque parezca increíble, no sucede.
- 2** Formación presencial en eSalud, ya que consideramos que reducir la brecha digital a través de herramientas exclusivamente digitales es incongruente. Hay que empezar por lo presencial.
- 3** Formación en eSalud en los Grados. Aunque la formación de los profesionales sanitarios sea responsabilidad de las universidades, las sociedades científicas y los colegios profesionales podríamos participar en esa formación de grado con contenidos específicos de eSalud.
- 4** Todas las herramientas 2.0, tanto las redes sociales como las herramientas multimedia y los gestores de información.
- 5** Las apps.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
José Ávila	Emilio Monte
	Gisel Fontanet
	Lluís Gonzaga
	Nekane Murga

## GRUPO DE FISIOTERAPIA

- 1 Herramienta de comunicación basada en el visual thinking. No sabemos si existe, pero sería útil contar con una herramienta que, con iconos y dibujos al estilo emoji de Whastapp, refleje todo lo que tenga que ver con el sector salud y su entorno.
- 2 Twitter, por su nivel de interacción e instantaneidad, aunque nos sigue pareciendo muy útil el email que es una herramienta asíncrona.
- 3 Canales de vídeo con información audiovisual en formato corto.
- 4 Un 'Quién es Quién', básico para la fiabilidad, y que se podía implementar en buscadores.
- 5 Un glosario de términos de eSalud.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Raúl Ferrer	Luis Torija
	Manuel Sánchez
	Olga Cures
	Pablo Davó

## GRUPO DE ENFERMERÍA

En cuanto a los recursos para luchar contra el aislamiento digital, los enfermeros consideramos que, en primer lugar, tenemos que acercarnos a los que no están, para lo que hay que utilizar estrategias que no sean online. Un ejemplo que nos gusta es el de la iniciativa Guadalinfo, que lleva internet a pueblos pequeños de Andalucía y a través de la cual se hacen sesiones con personas mayores, con gente joven, etcétera.

Pero centrándonos en lo digital, los cinco recursos que nos parecen más apropiados son:

- 1 Facebook
- 2 Google
- 3 Whatsapp
- 4 Apps
- 5 Web tradicional

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Serafín Fernández	Antonio Jesús Ramos
	Esther Gorjón
	Javier Manuel Yagüe
	José Luis Gutiérrez

## GRUPO MIXTO

- 1 La mensajería instantánea, en su sentido más amplio.
- 2 La presencia / posicionamiento web, que aunque no es un recurso digital per se, sí que es un must have, si no estás en los buscadores no existes.
- 3 El correo electrónico.
- 4 Las redes sociales generales, como Facebook, Twitter, YouTube...
- 5 Y las redes sociales temáticas / comunidades profesionales de pacientes, etcétera.

Sardar Sherpa	Expedicionarios
Esther Román	Iñaki González
	Lara Hernández
	Paula Traver
	Rafael Pardo

1.5.

*Decálogo para  
crear iniciativas  
de eSalud*

Las hojas de ruta de cada grupo focal para implementar iniciativas en eSalud son las siguientes:

GRUPO



Sherpas

Nuria Zúñiga\*

Frederic Llordachs

- 1 Escuchar las necesidades de los agentes implicados.
- 2 Benchmarking, ver otras iniciativas.
- 3 Establecer objetivos realistas y definir nuestro público objetivo.
- 4 Revisión jurídica y legal del proyecto.
- 5 Convencer a los líderes de opinión de la empresa / institución / asociación.
- 6 Venta interna a los agentes implicados.
- 7 Definir un cronograma de implantación con objetivos parciales (keystones).
- 8 Seleccionar los partners y la dotación de recursos tanto humanos como materiales.
- 9 Revisar la primera versión operativa y buscar las mejoras.
- 10 Plan de comunicación.
- 11 Medición y control de los resultados y la satisfacción del usuario.



Antes de comenzar, y sin considerarlo un paso de la hoja de ruta, hay que detectar la necesidad y/o el problema, y hacerlo conociendo nuestra organización y usuarios. Para detectar esa necesidad creemos necesario fomentar los espacios de intercambio e innovación/disrupción dentro de la propia organización. Una vez hecho eso, comenzaría la ruta:

- 1** Tener los objetivos muy claros. Creemos que el problema fundamental de muchas organizaciones y de iniciativas de salud es que las hacemos por pura moda, sin tener en cuenta ni tener claros unos objetivos y unas metas.
- 2** Revisión de la situación (no reinventar la rueda, benchmarking).
- 3** Tener un plan, definir una estrategia y tener muy claro quién va a tomar las decisiones en caso de duda operativa o táctica. Es decir, quién se va a mojar: el líder.
- 4** Implicar sí o sí a la dirección, a los que toman las decisiones.
- 5** Analizar los recursos que vamos a necesitar, tanto económicos como humanos.
- 6** Buscar aliados y romper las resistencias que tengamos. Necesitamos socios amigos pero también tenemos que saber quiénes nos van a torpedear, los trolls.
- 7** Formar y deformar. Aquello del desaprender y ver realmente que todo esto va mucho más allá.
- 8** Romper lo que tenemos hecho hasta ahora y plantearnos de nuevo los siete puntos anteriores. Volver a empezar, para evitar los vicios.
- 9** Go! O lo que es lo mismo, actuar, cada uno a su ritmo o como prefiera, pero hagamos algo.
- 10** Evaluar, medir, cambiar y adaptar el proyecto.

- 1 Identificar una necesidad.
- 2 Hacer un análisis del contexto (competencia y valores diferenciales).
- 3 Definición de objetivos y timing a corto, medio y largo plazo.
- 4 Definición del servicio o la herramienta y el plan de marketing, incluyendo un plan de comunicación.
- 5 Establecimiento de alianzas con las partes implicadas, no solo alianzas a nivel comercial o a nivel de mercado, sino también contar desde el principio (desde antes de la ejecución del proyecto) con los usuarios finales y hacer un feedback primario.
- 6 Búsqueda e identificación de fuentes de financiación.
- 7 Desarrollo del proyecto, inicio de fase Beta y testeo.
- 8 Información y formación a los usuarios finales del proyecto.
- 9 Implementación.
- 10 Ciclo de mejora (volviendo al 6º paso).

- 1 Análisis y estado de la situación.
- 2 Definición del proyecto, los objetivos y el target.
- 3 Implicar a los actores que van a participar en el proyecto. Además, este paso y todos los demás, formarían parte de un proceso continuo por el que se invitaría a formar parte del diseño, la evaluación y la reevaluación a estos actores.
- 4 Plan de viabilidad, con especial foco en la consecución de recursos iniciales, pero también en la garantía de disponer de más recursos a lo largo del tiempo.
- 5 Temporalización: definir los tiempos y asignar responsabilidades.

- 6** Diseño y desarrollo de la herramienta.
- 7** Generación de contenidos.
- 8** Difusión con el plan correspondiente.
- 9** Seguimiento y evaluación continua del impacto en salud.
- 10** Mejora continua.

- 1** Identificar una necesidad del receptor.
- 2** Analizar si alguien la cubre.
- 3** Determinar y priorizar los objetivos e indicadores.
- 4** Valorar los recursos humanos y materiales necesarios.
- 5** Determinar las actividades y acciones.
- 6** Crear un cronograma realista.
- 7** Testar con un grupo reducido y reajustar.
- 8** Estrategia de lanzamiento y plan de marketing.
- 9** Lanzamiento.
- 10** Evaluación continua y retroalimentación.

[contraelaislamientodigital.com](http://contraelaislamientodigital.com)



GRUPO  
**MENARINI**

[www.menarini.es](http://www.menarini.es)