

Volumen 3 · Número 1 · Enero – Junio · 2012
ISSN: 1989-9882

Pág.

Editorial

Respeto a la semántica entre científicos
M Muñoz-Cruzado y Barba

1

Monográfico: La salud online

Análisis de calidad de páginas Web sobre hipertensión arterial en países de habla hispana
Isabel R. Trabalón Flores

3

Calidad de las páginas web de asociaciones de diabetes en España
Carlos Olea Criado

16

Análisis de la calidad de las páginas Webs sobre el virus del Papiloma Humano
Carmen M. Arcos-García

28

Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario – paciente inmigrante
María Sandín Vázquez, Isabel Rfo Sánchez, Rosana Larraz Antón

38

Revisiones

Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar
Raquel Ramón-García, María P. Segura-Sánchez, María M. Palanca-Cruz, Pablo Román-López

49

Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria
Alberto Blázquez-Manzano, Sebastián Feu-Molina, Eulalio Ruiz-Muñoz, Juana María Gutiérrez-Caballero

62

Perspectivas

La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional
Pablo Medina-Aguerreberé

88

Sensacionalismo en la información periodística sobre el hospital Carlos Haya de Málaga: un riesgo evitable
Héctor Muñoz Maldonado



Editorial

Respeto a la semántica entre científicos

Respect to semantic among scientists

Cada día resultan más difíciles las relaciones humanas en un mundo en el que la palabra ha ido dejando de tener el significado que la humanidad ha ido dándole a lo largo de los siglos. Al incuestionable conflicto comunicativo que supone la proximidad de otras culturas, con otros idiomas y costumbres, traemos hoy a colación el precedente del nacimiento de nuevos vocablos que identifiquen los nuevos logros que nuestra civilización va logrando cada día, apareciendo gran cantidad de neologismos para nombrar esos nuevos elementos que surgen del desarrollo de las ciencias, las artes y, en definitiva, de todos los campos del saber humano. Sin embargo, aunque a veces esas nuevas denominaciones vienen derivadas de aquella con que se las conoce en el idioma que la vio nacer ~ amateur, parking, etc.~, en otras ocasiones se intenta españolizar el término sin sopesar debidamente si ese nombre que se le da no significará otra cosa diferente a lo que se pretende bautizar.

No me referiré nuevamente al término evento, nacido de la desafortunada españolización del vocablo inglés event, que, aunque gramaticalmente solo le falte la o, en su significado dista mucho de nuestro evento, pues si aquel se usa para

cualquier suceso, en castellano español solo debe ser usado cuando dicho suceso es inesperado. Mi preocupación hoy está centrada en el uso de términos inadecuados en el idioma científico, lo que a todas luces resulta gravísimo.

Si algo distingue a las ciencias es su necesidad de apoyo en la semántica, pues dudosamente sería posible el desarrollo de aquellas sin una perfecta comunicación entre los científicos, lo que irremediamente nos lleva a concluir en la necesidad del uso del término adecuado para designar a cada elemento.

En la actualidad, quizás producto del escaso nivel lingüístico exigido en nuestro país en los estudios previos a la universidad, con más frecuencia de la que sería deseable, se emplean términos inadecuados en referencia a técnicas, aparatos, métodos, etc. científicos, lo que dificulta sobremanera la comprensión de los mensajes que se trata de expresar.

A este respecto, hay que tener en cuenta que si bien estos incorrectos vocablos pueden llegar a ser admitidos por la semántica lingüística (que, al fin y a la postre, solo trata de codificar y decodificar lo que se quiere decir), ya que a fuerza de oír el término lo llegaremos a adoptar como correcto ~ parking, evento, amateur, etc.~, no

sucede lo mismo desde el punto de vista de la semántica lógica, encargada de asegurar la significación exacta de cada objeto (en este punto, nos reafirmamos en nuestra lucha contra el aberrante empleo del término informal para designar a los cuidadores no profesionales) ni, mucho menos, desde la óptica de la semántica cognitiva, muy a tener en cuenta por los comunicadores científicos en aras de la comprensión del público diana.

La creación de nuevos vocablos científicos debe ir precedida del perfecto conocimiento de la filología del idioma correspondiente, por lo que sería deseable que, ante un hecho de esta magnitud, se recurriera al asesoramiento filológico como ante un parto se recurre al incuestionable proceder de la matrona; nosotros no hemos elegido la educación lingüística recibida, pero debemos ser conscientes de que, a pesar de nuestra indudable capacidad científica, adolecemos del conocimiento necesario para, por sí solos, parir términos que solo induzcan a la confusión.

M Muñoz-Cruzado y Barba

Presidente de la Asociación
Española de Comunicación Sanitaria
presidencia@aecs.es

Análisis de calidad de páginas Web sobre hipertensión arterial en países de habla hispana

Quality analysis of websites on hypertension in Spanish speaking countries

Isabel R. Tralbalon Flores^{1*}

¹ Servicio de Nido, Clínica Mediterraneo. Almería.

Fecha de recepción: 12/11/2011 – Fecha de aceptación: 10/05/2012

Resumen

Justificación: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que afecta en España a diez millones de personas. Dado que el recurso más utilizado para obtener información es Internet, es interesante realizar un estudio sobre la calidad de páginas web sobre este tema. Metodología: Diseño transversal. Se estudiaron 25 webs, de las que sólo pudieron analizarse 22, por encontrarse 3 sin acceso. Se ha utilizado para ello el "Cuestionario para evaluar sitios webs sanitarios según criterios europeos". El objetivo es conocer la calidad de las páginas webs sobre hipertensión arterial en países de habla hispana. Resultados principales: Sólo 6 países de habla hispana cuentan con página web de hipertensión atendiendo a los criterios anteriormente citados. Los resultados oscilaron entre 17 puntos (nº19) la puntuación más baja y 32 (nº1) la más alta. Casi todas cumplen con requisitos como especificación del responsable del sitio web, objetivos, lenguaje adecuado, letra de tamaño adecuado, etc. Ninguna de ellas cuenta con una política editorial. Conclusiones: Aunque por regla general la calidad de las web es de media a alta, sigue habiendo aspectos mejorables. Los países que no cuentan con páginas web deberían promover su creación, ya que, aunque algunas si que cuentan con asociación o fundación, la población desconoce su existencia.

Palabras clave: hipertensión arterial, páginas web, calidad.

Abstract

Rationale: Hypertension is a chronic disease that affects tens of millions in Spain. Since Internet is most commonly used to obtain information, it is interesting to conduct a study on the quality of web pages on this subject. I decided to do it on societies, foundations or associations. Methodology: cross design. 25 Websites, of which only could be analysed 22, find 3 without access have been studied. The "questionnaire for assessing health web sites according to European standards" where items are collected has been used for this as: specification of the population, of the minutes Objectives: to know the quality of Web pages on hypertension in Spanish-speaking countries, in order to know what kind of information the users have access and thus know what aspects can be improved. Main results: only 6 of Spanish-speaking countries web page of hypertension in response to the aforementioned criteria. The results ranged from 17 points (n ° 19) the lowest score and 32 (No. 1) the highest. All or almost all meet objective requirements as responsible for the website specification, appropriate language, letter of size adecuado, etc. None of them has an editorial policy. Conclusions: Although generally the quality of the web is of medium to high, still having areas for improvement (sources of financing, editorial policy specification). Countries that do not have web pages should promote its creation, that, although some if that association or Foundation, the population has no access or simply are unaware of their existence.

Key words: hypertension, websites, quality.

* Correspondencia: flowi41@hotmail.com

Introducción

“En los últimos años Internet se ha convertido en una fuente de información imprescindible, sencilla, barata y de primera a mano a la hora de buscar información sobre cualquier tema, donde también están incluidos los temas sanitarios” (Díaz & Fernández, 2010) Este hecho nos lleva a preguntarnos si verdaderamente toda la información a la que accedemos a través de Internet es o no verdadera.

Algunos autores afirman que la calidad de la información de salud en Internet es aceptable, pero requiere de un nivel cultural elevado (Berland , Elliot, Morales & Algazy, 2001).

Atendiendo a esto, podemos pensar que aunque la información es aceptable no está dirigida a la población en general, por lo que podemos encontrarnos con un problema de información que confunde a los pacientes.

Aunque no sólo la comunidad es la que se decide a buscar información en la red, ya que algunos estudios declaran que la sanitaria es la profesión que más utiliza Internet (Lima & Luiz, 2003).

El presente trabajo trata de analizar la calidad de las páginas webs de Hipertensión Arterial en países de habla hispana. Solamente en España esta enfermedad afecta a unos diez millones de adultos, con una prevalencia del 35% en mayores de 18 años, llegando al 40% en edades medias y alcanzando el 68% en los mayores de 60 años.(Banegas & Rodríguez, 2003)

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica, que requiere cuidados y control a lo largo de toda la vida. Esto nos lleva a pensar que seguramente la gran mayoría de los enfermos de hipertensión, han recurrido alguna vez a Internet para conocer cuales son las características de su enfermedad, la dieta adecuada, el estilo de vida, el tratamiento a seguir, etc, tal y como indica un artículo de la universidad de La Rioja donde “se demuestra en que un 56 % de los pacientes visitaría una página web dedicada a pacientes hipertensos, un 50 % de los pacientes consultaría con su médico a través de Internet (si bien únicamente el 29 % de los encuestados ha utilizado alguna vez Internet) y un 43,5 % de los pacientes estaría dispuesto a recibir mensajes de salud en su teléfono móvil. En los pacientes hipertensos con edades comprendidas entre los 30 y los 60 años el uso de Internet se cifra en torno al 45 %. (Campo, Naval, Ruilope & Segura, 2003).

El objetivo general del estudio fue analizar la calidad de las páginas webs de hipertensión arterial de sociedades, asociaciones, y fundaciones sobre Hipertensión Arterial existentes en países y regiones de habla hispana. El hecho de que las páginas sean de sociedades, asociaciones y fundaciones, es para realizarlo con unas webs que cuenten con un mínimo de credibilidad y debidamente avaladas.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo, observacional con diseño transversal. En primer lugar se introdujo el término Hipertensión Arterial en el buscador Google, encontrando aproximadamente 198.000 resultados. Para acotar este número, y dado que nuestro tema de interés eran las asociaciones, sociedades y fundaciones de Hipertensión Arterial en países de habla hispana, se limitó la búsqueda. Para ello se sacó una lista con todos los países de habla hispana, y se fueron buscando en Google si dichos países tenían o no asociación, sociedad o fundación y si poseían páginas webs.

Encontramos que la mayoría de los países si bien sí tenían sociedades de Hipertensión Arterial, no poseían página webs a excepción de 6 países: España, Argentina, Chile, Perú, Uruguay, y Venezuela.

Debido al escaso número de webs, se buscaron dentro de estas páginas sociedades regionales de los diferentes países y se añadieron asociaciones de cardiología con un apartado de Hipertensión Arterial propio. De esta manera se aumentó el número hasta 25 páginas para analizar. De los 6 países sólo España y Argentina contaban con sociedades regionales, a las que pude acceder a través de la página web de la sociedad española de hipertensión.

La muestra se compuso de 25 sociedades, asociaciones y fundaciones de países de habla hispana (ver anexo I), aunque 3 de ellas no pudieron analizarse: la nº7 y la nº14 por no permitir el acceso y la nº11 por encontrarse en el momento de la búsqueda reformándose.

Para la evaluación se ha utilizado el "Cuestionario para evaluar sitios webs sanitarios según criterios Europeos" (Bermúdez et al, 2006) que es un instrumento validado para evaluar diferentes parámetros que medirían cada página web. Este cuestionario contiene 12 criterios que obtuvieron una fiabilidad aceptable. Por tanto serán estos criterios los que se utilizarán para la valoración de las citadas páginas webs.

La calificación de cada ítem es la siguiente: 0, 1, 2 y 3 (0 no lo cumple, 1 lo cumple parcialmente, 2 lo cumple casi totalmente y 3 lo cumple totalmente). Éstos son:

1. Nombre de la persona u organización responsable del sitio web.
2. Dirección electrónica o física del responsable del sitio web.
3. Especificación del propósito u objetivo del sitio web.
4. Especificación de la población(es) a la que está dirigido.

5. Especificación de las fuentes de financiación para el desarrollo o mantenimiento del website: ayudas, patrocinadores, publicidad no lucrativa, voluntaria.
6. Fecha de la publicación del/os documento/s contenido/s en la web. Revisar los tres documentos más accesibles.
7. ¿Hay una dirección de correo electrónico de contacto a la que poder enviar comentarios o sugerencias (webmaster), u otra posibilidad de contactar con el responsable de la página?
8. Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección del contenido. Seleccionar "parcialmente" si mencionan que lo efectúan, pero no especifican cómo.
9. Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección de enlaces. Seleccionar "parcialmente" si mencionan que lo efectúan, pero no especifican cómo, o "no aplica" en caso de que no tenga.
10. Facilidad para efectuar búsquedas. Considere si tiene buscador para el sitio, mapa web, flexibilidad de la búsqueda, forma de ordenar las páginas encontradas. Describa las observaciones.
11. Tamaño de letra apropiado, color de contraste (calificar de 1 a 5, 1 peor cumplimiento y 5 mayor).
12. El lenguaje se adecua al destinatario (calificar de 1 a 5, 1 peor cumplimiento y 5 mayor).

De forma que la puntuación para cada página web podía oscilar entre 0 (el mínimo) y 40 puntos (el máximo). Sin embargo, se decidió analizar algunos aspectos que también se consideraron significativos a pesar de no estar dentro del citado cuestionario.

Dichos aspectos son:

- Si estaban financiadas o no, y por quién.
- Tipo de mensaje:

MENSAJE PRO SALUD: comunica comportamientos saludables, es decir, acciones tendientes a conservar y/o mejorar la salud.

MENSAJE NEUTRO: menciona el tema de la salud sin transmitir un concepto o comportamiento que pueda resultar positivo o negativo. MENSAJE PERJUDICIAL PARA LA SALUD: afecta desfavorablemente a la salud, presenta potenciales efectos nocivos para esta; muestra roles, normas o comportamientos negativos. (Álvarez et al., 2007)

- Autoría (sanitario, periodista, político, etc.)
- Si existe o no publicidad, y quien se anuncia en la web.

Resultados

En total se analizaron 25 páginas webs, desechándose la nº 7, la nº11 y la nº14, quedando al final 23 páginas web para analizar. El orden a seguir es el citado en el Anexo I. La puntuación, los comentarios finales y los aspectos añadidos al cuestionario se muestran en los Anexos II y III.

Las puntuaciones oscilan entre 17 puntos la más baja (nº 19) y 32 puntos la más alta (nº1). A continuación pasaremos a valorar los resultados de los ítems de la escala de valoración:

1. A excepción de la página nº 19 en todas se especifica el nombre del responsable del sitio web.
2. El 91% de las páginas poseen la dirección física del responsable del sitio web
3. El 95,4% de las páginas especifican sus objetivos.
4. El 91% de las páginas especifican directa o indirectamente la población a la que va dirigida la información.
5. El 77,3% especifica directa o indirectamente su fuente de financiación.
6. El 68,2% tiene puestas las fechas de publicación de sus documentos
7. El 95,5% tiene webmaster o dirección donde enviar dudas y sugerencias
- 8 y 9. Ninguna de las páginas tiene política editorial para la selección ni del contenido ni de los enlaces.
10. Sólo el 26% poseen buscador y mapa web, el 13% posee buscador o mapa web. El resto, excepto la nº 12, son de fácil navegación
11. Todas las páginas webs, a excepción de la 21, 15 y 9, obtienen 3 o más puntos.

12. Todas las páginas webs obtienen 4 o más puntos. Otros datos de interés son:

- El 68,2% de las webs están financiados por sus propios socios. El resto, 35%, no lo especifica.
- El 100% de los mensajes son PRO.SALUD
- El 68% están escritas por sanitarios, frente al 32% donde no se especifica autoría.
- El 59% no presenta publicidad, frente al 41% donde sí existe. De ese 41% la mitad se corresponde con publicidad de laboratorios farmacéuticos

Discusión

Para la discusión, se seguirá el orden al igual que en los resultados, los ítems de el cuestionario.

1 y 2: Parece importante que se especifique tanto a la persona responsable como su dirección física. Como hemos visto, así lo hacen la gran mayoría. También queda evidenciado en los resultados de Jorge Díaz y Fernández (2010), en su estudio sobre la calidad de las páginas webs sobre Lactancia Materna. Sin embargo, no parece uno de los aspectos más importantes a valorar.

3: Los objetivos son relevantes dentro de la consulta de la web, ya que así sabremos de primera mano si podremos encontrar lo que buscamos.

4: El tema de “especifica la población a la que va dirigida la información” resulta muy importante. Aunque la mayoría de las páginas si lo especifican, resultaría beneficioso que dicha información apareciera siempre de forma clara y al inicio de la página web, ya que se evitarían confusiones y pérdidas de tiempo en la búsqueda de información, ya que la mayoría de las páginas webs están dedicadas a profesionales sin especificarlo en todas.(Jiménez et al., 2007)

5. La especificación de las fuentes de financiación y patrocinadores parece de lo más importante en una página web. El tema de la hipertensión puede ser altamente comercial, al igual que otras enfermedades como la diabetes, ya que se trata de enfermedades crónicas que requieren tratamiento para todo la vida. Al especificarlas se disipan sospechas y dudas sobre el tema de los intereses económicos que pudieran existir.

6. La fecha de publicación de los documentos tiene especial relevancia, ya que como se sabe el tema de la salud avanza cada día. Resulta importante saber si la documentación leída es actual o no. El 78% de nuestras webs cumplen este requisito.

7. La aparición de un webmaster es otro punto a favor para las páginas webs, sin embargo, tampoco parece relevante en el tema que nos ocupa.

8 y 9: Otro aspecto muy importante, y que sin embargo no cumple ninguna de las páginas webs, es la publicación de la política editorial tanto para la publicación de documentos como para la publicación de links. El no publicarlos puede hacer dudar al lector de posibles intereses ocultos entre el responsable de la web y los autores, así como nos puede llevar a preguntarnos por qué esos documentos y no otros. (Díaz y Fernández, 2010)

10. No llegan ni a la mitad las páginas que cuentan con buscador o mapa web, aun siendo este un recurso que facilita la búsqueda al lector.

11 y 12: Son importantes tanto el tamaño de la letra, la iluminación, el diseño y la adecuación del texto al destinatario. No cabe decir mucho más de este asunto ya que es algo que está generalizado en todas las webs de manera satisfactoria.

La autoría de las páginas es del 100% por sanitarias, sin embargo resultaría interesante el hecho de la participación de pacientes y cuidadores en la realización de algunos documentos.

Cabe resaltar la distinción en algunas páginas webs de la información destinada a profesionales y a la población en general, cosa que facilita la comprensión del texto por ambos dentro de un mismo contexto.

Propuestas de actuación:

- Resultaría beneficioso la creación de foros en las páginas, si bien 2 de ellas ya cuentan con ellos, y alguna página de consulta a profesionales por parte de pacientes, o entre profesionales. Según un estudio consultado, la presencia de foros en las webs permite mejorar la interacción entre los participantes y despejar dudas y problemas (Torres, 2005)
- En cuanto al tema de la publicidad, aunque es algo que hoy día es inevitable en nuestra sociedad, se debería reducir o vigilar su veracidad, ya que algunos autores ponen de manifiesto que a veces se trata de publicidad engañosa. Por otro lado, debería realizarse (Mira, Pérez & Lorenzo, 2004) en un espacio habilitado para ello (márgenes, fondo), pero no en medio de la información, ya que dificulta la lectura y resulta agobiante.
- Un aspecto negativo a resaltar del cuestionario usado es que no existe consenso por parte de los autores en qué puntuación debería establecerse el punto de corte. Es decir, no podemos a primera vista, con los resultados del cuestionario establecer qué páginas tienen

calidad y cuales no. Por lo tanto, podría plantearse para un futuro la elaboración de un estudio con el fin de establecer dicho punto de corte.

Conclusiones

1. Sólo 6 países de habla hispana cuentan con páginas webs sobre sociedades, fundaciones o asociaciones. Sería interesante que los países que no tengan las creen, ya que es una buena manera de promocionarse y llegar a la población.
2. Por regla general, las páginas son de calidad de media a alta, aunque no podemos decir objetivamente y/o numéricamente cuáles sí y cuáles no, por no existir consenso sobre el punto de corte en el cuestionario. Además de este punto, pueden realizarse mejores, sobre todo en el tema de especificación de fuentes de financiación y políticas editoriales.

Anexo I. Relación de paginas web analizadas

	URL	Organismo a que pertenece
1	www.seh-lelha.org	Sociedad española de Hipertensión-Arterial
2	www.saha.org.ar	Sociedad argentina de Hipertensión Arterial
3	www.hipertension.cl	Sociedad chilena de Hipertensión Arterial
4	www.htaperu.pe	Sociedad peruana de Hipertensión Arterial
5	www.sahta.com	Sociedad andaluza de Hipertensión Arterial
6	www.srhta-rv.org	Sociedad riojana de Hipertensión Arterial
7	www.sexhta.es	Sociedad extremeña de Hipertensión Arterial
8	www.schta.org	Sociedad cántabra de Hipertensión Arterial
9	www.sahrva.com	Sociedad asturiana de Hipertensión Arterial
10	www.sovashta.org	Sociedad vasca de Hipertensión Arterial
11	www.smuhta.org	Sociedad murciana de Hipertensión Arterial
12	www.schta.cat	Sociedad catalana de Hipertensión Artrial
13	www.surhta.com	Sociedad uruguaya de Hipertensión Arterial
14	www.lash-hipertension.org	Sociedad latinoamericana de Hipertensión Arterial
15	www.sohibtha.com	Sociedad de Hipertesión y riesgo cardiovascular de las Islas Baleares
16	www.somha.org	Sociedad madrileña de Hipertensión Arterial
17	www.scanariahta.org	Sociedad canaria de Hipertensión Arterial
18	www.svhipertension.org	Sociedad venezolana de Hipertensión Arterial
19	www.eusten.org	Sociedad de Hipertesion Arterial y riesgo cardiovascular del País Vasco
20	www.suc.org.uy	Sociedad uruguaya de cardiología
21	www.secardiologia.es	Sociedad española de cardiología
22	www.cardiorosario.org	Sociedad de cardiología de Rosario
23	www.ehrca.org	Sociedad de enfermería y riesgo cardiovascular española.
24	www.fundacióndelcorazon.com	Fundación del corazón española
25	www.fundaciónfavaloro.org	Fundación Favaloro

Anexo II. Resultados obtenidos al aplicar el cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios Europeos.

Nº	PUNTUACIONES	COMENTARIOS
201	3,3,3,3,3,3,3,0,0,3,3,5	Puntuación total de 32 sobre 40. Página web muy completa, aporta mucha información. Actualizada
202	3,2,0,3,0,3,3,0,0,0,1,4,	Puntuación total obtenida: 19 puntos sobre 40. Mala estructuración. Poca calidad. Demasiada publicidad
203	3,3,2,2,0,3,3,0,0,1,3,4	Puntuación total obtenida 24 sobre 40. Mediana calidad. Demasiado simple. Faltan datos
204	3,3,2,0,0,0,3,0,0,2,3,4	Puntuación total de 20 sobre 40. Escasa información, mezclada la información a pacientes con la información a profesionales. Actualizada. Cuenta con un foro
205	3,3,3,2,1,3,3,0,0,4,3,4	Puntuación total obtenida de 26 sobre 40. Bastante calidad, facilidad de búsqueda aunque no haya mapa web
206	3,2,3,3,0,1,3,0,0,1,3,5	Puntuación total dobtendida 24 sobre 40. Fácil, comprensible
207		Sin acceso
208	3,3,3,1,2,3,3,0,1,1,4,4	Puntuación total obtenida 31 sobre 40. Muy buena calidad, mucha información referente a la sociedad. Información destinada tanto a profesionales como a la comunidad
209	3,3,3,1,1,0,3,0,0,1,2,4	Puntuación total obtenida 21 sobre 40. Clara, letra demasiado pequeña. Información ordenada,
210	3,3,3,1,3,1,3,0,0,3,3,5	Puntuación total de 28 sobre 40. Alta calidad, ordanada, sistemática, buena cantidad de información
211		Reformándose
212	3,3,3,3,3,0,3,0,0,1,3,4	Puntuación total de 24 sobre 40. Está en catalán

213	3,3,3,0,1,1,3,0,0,1,3,4	Puntuación obtenida de 22 sobre 40. Accesible, información tanto para profesionales como para pacientes.
214		Sin acceso
215	3,0,3,3,1,0,3,0,0,1,2,4	Puntuación total obtenida de 20 sobre 40. Demasiado simple, poca información.
216	3,3,3,3,3,0,3,0,0,1,3,4	
217	3,3,3,3,1,3,3,0,0,3,3,5	Puntuación total de 30 sobre 40. Página muy completa, con bastante información, enlaces. Fácil de buscar
218	3,0,3,2,0,3,3,0,0,1,3,4	Puntuación total de 22 sobre 40. Acceso a números de la revista latinoamericana de hipertensión arterial
219	0,3,3,1,1,1,0,0,0,1,3,4	Puntuación de 17 sobre 40. No aparece el nombre del responsable, no especifica fuentes de financiación claramente
220	3,3,3,1,1,2,3,0,0,2,3,5	Puntuación de 25 sobre 40. Se trata de una sociedad de cardiología con contenido independiente sobre hipertensión arterial. Completa
221	3,3,3,1,1,2,3,0,0,3,2,5	Puntuación total de 26 sobre 40. SE trata de una asociación de cardiología con apartado concreto de hipertensión arterial. Mucha información, demasiado colapsada. Tiene acceso restringido para socios,
222	3,3,3,3,3,0,3,0,0,1,3,4	Puntuación total de 26 sobre 40. Acceso público y a profesionales. Algunos accesos dan error. Tiene un foro
223	3,3,3,3,2,3,3,0,0,2,4,5	Puntuación de 31 sobre 40. Completa y sencilla
224	3,3,3,3,3,2,3,0,0,3,3,5	Puntuación total de 31 sobre 40. Se trata de una fundación del corazón con apartado sobre hipertensión arterial. Información dividida para profesionales y para Puntuación de 27 sobre 40. Escasa en contenido. Se trata de una fundación de cardiología con información sobre

225	3,3,3,3,2,0,3,0,0,2,4,4	hipertensión arterial. Acceso para profesionales y para la comunidadpacientes
-----	-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Anexo III. Relación de sitios web que incluyen publicidad

Página Web	Publicidad
Nº1	Academia de la Renina, Sociedad española de farmacología, laboratorio farmacéutico NOVARTIS
Nº 2	Aparato de medición arterial , OMRON. Medicación SALDIET (0% SODIO)
Nº12	Laboratorios farmacéuticos CHESI y ALMIRALL
Nº13	Medicación Astrazeneca. Laboratorios farmacéuticos ION
Nº 18	Congrex (empresa organizadora de eventos)
Nº 20	Virtualmedica.com
Nº 21	Biotronic, Siemens, Esteve, Elsevier.. Laboratios BAYER Y ALMIRALL
Nº 22	Aspirina y diferentes laboratorios farmacéuticos
Nº 25	Hospital Universitario Buenos Aires

Referencias

1. Álvarez, M., Labarta, M., Ramírez Barahona, P. & Salerno, V. (Marzo, 2007). Investigación sobre televisión y salud. COMFER [documento en línea]. Consultado el día 10 de enero de 2011 en: <http://www.comfer.gov.ar/web/blog/wp-content/uploads/2009/06/tv-y-salud1.pdf>
2. Armario, P., Banegas, J., Campo, C., de la Sierra, A., Gorostidi, M. & Hernández, R. (2005). Guía española de hipertensión arterial. [documento en línea]. Consultado el día 7 de enero de 2011 en la web de la Sociedad española de hipertensión arterial: http://www.seh.lelha.org/pdf/guia05_2.pdf
3. Berland, GK. et al. (2001). Health information on the Internet: accesibility, quality and redability in English and Spanish. JAMA. 123(285),2612-2621
4. Banegas, JR., & Rodríguez, A. (2003). El problema de la hipertensión arterial en España. Rev Clin Esp. 202: 12-15
5. Bermúdez Tamayo, C. et al. (2006). Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. Atención primaria. 38(5),268-74
6. Jiménez, J., García, J., Martín, J., & Bermúdez, C.,. (2007) Tendencias en el uso de Internet como fuente de información en salud. Uocpapers. 4,45-50
7. Campo Sien, C. et al. (2003). Resultados de la primera encuesta sobre patrones de uso e interés por las nuevas tecnologías de los pacientes atendidos en unidades de hipertensión arterial en España. Hipertensión y riesgo cardiovascular [revista digital].20(2),50-55. consultado el día 5 de enero de 2011 en www.elsevier.es/revistas/ctl_server?_f=7010&sumanoid=13009643
8. Díaz Sáez, Jorge; Fernández Martínez, María Milagros (2010). Análisis de la calidad de las páginas web de los grupos de apoyo a la lactancia materna de España. Enfermería Comunitaria [revista digital] 6(1), Consultado el día 23 de diciembre de 2010 en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7130.php>
9. Lima Silva & Luiz Jorge. (2003). Internet aplicado al oficio de enfermería. OBJN. Diciembre.2(3)
10. Torres Barzabal, Luisa.(2005). Pixel-Bit: Revista de medios y educación. 25, 75-83

11. Mira, J., Pérez-Jover, V. & Lorenzo, S. (2005). Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce...Aten. Primaria. 33(7), 391-399

Calidad de las páginas web de asociaciones de diabetes en España

Quality of websites on diabetes in Spain

Carlos Olea Criado^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería. Almería.

Fecha de recepción: 10/09/2011 – Fecha de aceptación: 10/04/2012

Resumen

Objetivo: Internet es una herramienta básica para informarse sobre temas de salud. Debido al incremento de diabéticos, se plantea analizar la calidad de la información sobre la diabetes en la web, específicamente en páginas pertenecientes a asociaciones de diabéticos (AD). El propósito del estudio es cuantificar el número de AD que poseen página web y analizar la calidad de éstas, identificar las empresas que las financian y describir el tipo de mensaje en relación a la información en salud. **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Se encontraron 54 asociaciones de diabéticos con páginas webs operativas en el momento del estudio. Para su análisis se utilizó el "Cuestionario para evaluar sitios webs sanitarios según criterios europeos". **Resultado:** El 89% de las páginas webs analizadas obtienen una puntuación mayor de 20 puntos. De las 54 webs, el 41% están financiadas por farmacéuticas, seguidos de los gobiernos autonómicos (33%) y el fondo FEDER (31%). En relación con el tipo de mensaje, el 76% de las páginas contiene mensajes pro salud, por el 24% con mensajes neutros. **Conclusiones:** Las páginas webs de AD ofrecen una buena calidad en información y contenido, pero es destacable el interés de las farmacéuticas en la financiación de éstas.

Palabras clave: Diabetes mellitus, Página Web, Internet, Asociación.

Abstract

Objective: Internet has become an essential tool so as to access most health related topics. Due to increasing number of diabetics, analyzing diabetic information quality around the Internet appears necessary, specifically for those websites belonging to diabetics associations (DA). Study purpose was, on the one hand, to quantify and qualify the number of DA's owning a website and, on the other hand, to analyse those websites quality including their messages significance, and to identify DA's financial supporters. **Materials and Methods:** Transversal descriptive study. At the query time, 54 DA's were found having their websites operating. Their analysis was made using "Questionnaire to assess health websites by European standards". **Results:** Around 89% of the websites which were analyzed got a score bigger than 20 points. 41% among all websites were financed by pharmaceutical industry, followed by autonomous governments (33%) and FEDER funds (31%). At last, in relation to message significance, 76% of websites were pro health. The rest (24%) were neutral. **Discussion:** DA's websites offer, in general terms, good quality information and contents, although it is also remarkable the great influence pharmaceutical industry has on them as their major financial supporter.

Key words: Diabetes Mellitus, Web Page, Internet, Association.

* Correspondencia: carlosolea89@hotmail.com



Introducción

El uso de las nuevas tecnologías para acceder a información clínica y a materiales de formación sobre salud y bienestar se ha convertido en una necesidad para muchos ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios de todo el mundo. De esta manera, Internet se ha convertido en un instrumento fundamental de la «transmisión del conocimiento» en salud. Los recientes trabajos de investigación permiten afirmar que estamos frente a una revolución en la forma en que los diversos actores del sistema sanitario buscan y encuentran información en salud (Jiménez Pernet, García Gutiérrez, Martín Jiménez, y Bermúdez Tamayo, 2007).

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), en el año 2010, el 59,1% de los hogares españoles tiene acceso a internet y el número de internautas ha crecido un 7,1% superando los 22,2 millones de personas (2010). Esto viene a demostrar el aumento progresivo de usuarios de internet, donde uno de los temas más buscados está relacionado con la información sobre salud (Jiménez Pernet et al., 2007).

Los diabéticos se estiman a nivel internacional en 220 millones según la OMS durante 2010 (Organización Mundial de la Salud, 2010). La Diabetes está incrementando su incidencia y prevalencia de forma creciente en los últimos años, en una estimación efectuada en 2004 respecto al número global de pacientes diabéticos en el mundo, calculaban que pueden llegar a 366 millones de personas en el año 2025 (Martínez-Castelao, Górriz Teruel, de Álvaro Moreno y Navarro González, 2008)

En España, la diabetes tipo I representa al 0.3% de la población española (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2007), mientras que la diabetes tipo II llega al 12% (Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, 2010)

Estos datos arrojan la necesidad de observar la importancia de esta enfermedad y sus consecuencias tanto para los pacientes, como para el sistema sanitario.

Por todo lo anterior expuesto, es necesaria una revisión sobre la calidad de las páginas webs sobre diabetes en internet, especialmente las de Asociaciones de Diabéticos, ya que son una fuente importante de información sobre la enfermedad, además de contribuir a la captación y ayuda del paciente diabético. Debido a esto, es interesante realizar un análisis sobre la calidad de las páginas mencionadas.

En la búsqueda bibliográfica acerca de la calidad de las páginas webs de las AD no se encontró ningún artículo sobre el tema en cuestión.



Los objetivos del estudio son cuantificar el número de AD que poseen página web y analizar la calidad de éstas, identificar las empresas que las financian y describir el tipo de mensaje en relación a la información en salud.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Para comenzar, se realizó una búsqueda del término "diabetes" en el buscador Google, arrojando 109.000.000 de resultados. En segundo lugar, se procedió a acotar el número de resultados mediante los términos "asociaciones diabetes españa" obteniendo 485.000 entradas. La búsqueda se realizó el 18 de enero de 2011.

Debido al gran número de páginas encontradas, se procedió a realizar una consulta en tres páginas de alta credibilidad sobre el listado de Asociaciones de diabéticos en España; La Fundación para la Diabetes (2011), la Federación de Diabéticos Españoles (2011) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2011).

Cada listado estaba clasificado alfabéticamente por provincias españolas, donde aparecían los siguientes datos sobre las distintas asociaciones de diabéticos:

- Nombre de la asociación.
- Dirección.
- Teléfono/s de contacto.
- Correo electrónico.
- Página web

Se encontraron 202 resultados entre asociaciones de diabéticos y Federaciones de asociaciones de diabéticos, de las cuales, sólo 57 tienen página web. En total, la muestra se compuso de 54 páginas webs debido a que durante la consulta, tres de las páginas no estaban disponibles, o bien, por error (nº 5 y nº 6) o por redirección a otra página de otra asociación (nº 41) [Anexo 1].

Se ha utilizado el "Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos" (Díaz Sáez y Fernández Martínez, 2010), que es un instrumento validado para medir diferentes parámetros de las páginas webs sanitarias. Este cuestionario contiene 12 criterios que obtuvieron una fiabilidad aceptable.

Para este estudio, se ha utilizado dicho cuestionario para valorar las páginas webs sobre AD. La calificación de cada ítem es la siguiente: 0, 1, 2 y 3 (0 no lo cumple, 1 lo cumple parcialmente, 2 lo cumple casi totalmente y 3 lo cumple totalmente). Éstos son:

1. Nombre de la persona u organización responsable del sitio web.

2. Dirección electrónica o física del responsable del sitio web.
3. Especificación del propósito u objetivo del sitio web.
4. Especificación de la población(es) a la que está dirigido.
5. Especificación de las fuentes de financiación para el desarrollo o mantenimiento del website: ayudas, patrocinadores, publicidad no lucrativa, voluntaria.
6. Fecha de la publicación del/os documento/s contenido/s en la web. Revisar los tres documentos más accesibles.
7. ¿Hay una dirección de correo electrónico de contacto a la que poder enviar comentarios o sugerencias (web master), u otra posibilidad de contactar con el responsable de la página?
8. Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección del contenido. Seleccionar "parcialmente" si mencionan que lo efectúan, pero no especifican cómo.
9. Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección de enlaces. Seleccionar "parcialmente" si mencionan que lo efectúan, pero no especifican cómo, o "no aplica" en caso de que no tenga.
10. Facilidad para efectuar búsquedas. Considere si tiene buscador para el sitio, mapa web, flexibilidad de la búsqueda, forma de ordenar las páginas encontradas. Describa las observaciones.
11. Tamaño de letra apropiado, color de contraste (calificar de 1 a 5, 1 peor cumplimiento y 5 mayor).
12. El lenguaje se adecua al destinatario (calificar de 1 a 5, 1 peor cumplimiento y 5 mayor).

La puntuación total para cada página web podrá oscilar entre 0 y 40 puntos.

A la hora de valorar la finalidad de los mensajes en salud, se utilizó el marco teórico desarrollado por COMFER (Comité Federal de Radiodifusión) en su "Estudio sobre los Mensajes de Salud en la Televisión Abierta" (2007) donde clasifica los tipos de mensaje de la siguiente manera:

- Mensaje pro salud: Comunica comportamientos saludables, es decir, acciones tendientes a conservar y/o mejorar la salud.
- Mensaje neutro: Menciona el tema salud sin transmitir un concepto o comportamiento que pueda resultar positivo o negativo.

- Mensaje perjudicial para la salud: Afecta desfavorablemente a la salud, presenta potenciales efectos nocivos para esta; muestra roles, normas o comportamientos negativos.

Resultados

La tabla 1 muestra al detalle la puntuación obtenida de las páginas webs analizadas. Los resultados que se desprenden arrojan que un 89% superan los 20 puntos mínimos de calidad aceptada, mientras que el 11% restante obtiene una tasa inferior a los 20 puntos.

Las páginas con menor puntuación (17 puntos) son la nº 7 y nº 14, por el contrario, la que ha obtenido mayor puntuación (34 puntos) es la nº 46.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de cada uno de los criterios de la escala de valoración:

- 1) Todas las páginas especifican el nombre de la persona u organización responsable del sitio web.
- 2) 51 páginas (94.44%) poseen dirección electrónica o física del responsable del sitio web.
- 3) Sólo 10 páginas (18.52%) no especifican el/los propósito/s de la página web.
- 4) 6 páginas (11.11%) no especifican la población a la que va dirigida.
- 5) 32 páginas (59.26%) especifican las fuentes de financiación para el mantenimiento de la web.
- 6) Tan sólo 22 páginas (41%) presentan de forma parcial (13 -24%-) o total (9 -17%-) documentos referenciados de forma correcta (al menos autor y fecha).
- 7) El 96.3% (52 páginas) tienen correo electrónico.
- 8) Ninguna página especifica el procedimiento seguido para la selección del contenido y de los enlaces sugeridos.
- 9) Ninguna página especifica el procedimiento seguido para la selección de los enlaces sugeridos.
- 10) El 46% de las páginas presentan facilidad para hacer búsquedas mediante buscador y/o mapa web. El 37% posee buscador y mapa web, mientras que el 9% restante sólo posee buscador o mapa web.



11) Todas las páginas obtienen tres o más puntos.

12) Todas obtienen 5 puntos, es decir, la máxima puntuación.

Tabla 1. Análisis de las páginas web

Nº	PUNTUACIÓN	PUNTUACION TOTAL	OBSERVACIONES
1	3-0-3-3-3-0-3-0-0-3-5	23	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
2	3-3-2-2-0-0-3-0-0-5-5	23	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
3	3-3-3-3-3-3-3-0-0-5-5	31	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
4	3-3-3-3-0-0-3-0-0-1-5-5	26	* Tiene buscador, pero no funciona. Fácil Navegación
5			Página no disponible en el momento de la consulta
6			Página no disponible en el momento de la consulta
7	3-0-0-1-0-0-3-0-0-5-5	17	Blog no renovado desde 2009
8	3-3-0-2-1-3-3-0-0-3-5-5	28	*Tiene buscador y funciona perfectamente.
9	3-3-3-3-3-1-3-0-0-3-5-5	32	*Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo uno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
10	3-3-3-3-2-0-3-0-0-5-5	27	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
11	3-3-3-3-0-3-3-0-0-3-5-3	29	* Tiene buscador. ** Muy buen contenido pero lenguaje demasiado técnico.
12	3-3-3-3-3-2-3-0-0-3-5-5	33	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo dos de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
13	3-3-3-3-3-1-3-0-0-3-5-5	32	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo uno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
14	3-3-0-0-0-0-3-0-0-3-5	17	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
15	3-3-3-3-3-3-3-0-0-5-5	31	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
16	3-3-3-3-3-0-3-0-0-5-5	28	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
17	3-3-0-0-0-0-3-0-0-5-5	19	*Blog no renovado desde 2008
18	3-3-3-3-3-1-3-0-0-3-5-5	32	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo uno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
19	3-3-3-3-0-3-3-0-0-1-4-5	28	* Tiene buscador, pero no funciona.
20	3-3-0-2-0-0-3-0-0-5-5	21	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
21	3-3-3-3-0-3-3-0-0-3-5	26	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
22	3-3-3-3-3-0-3-0-0-3-5-5	31	* Tiene buscador y Mapa Web. **Ninguno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
23	3-3-3-3-0-0-3-0-0-5-5	25	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
24	3-3-0-0-0-0-3-0-0-5-5	19	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
25	3-3-3-3-3-0-3-0-0-5-5	28	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
26	3-3-3-3-3-0-3-0-0-5-5	28	*Está en Catalán. **No tiene documentos que analizar
27	3-3-0-0-0-0-3-0-0-5-5	19	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
28	3-3-3-3-0-0-3-0-0-5-5	25	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
29	3-3-3-3-3-2-3-0-0-3-5-5	33	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo dos de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
30	3-3-3-3-0-0-3-0-0-3-5-5	28	* Tiene buscador, pero no mapa Web. **Ningún documento tiene fecha de publicación.
31	3-3-0-3-0-0-3-0-0-5-5	22	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
32	3-3-3-3-0-0-3-0-0-5-5	25	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
33	3-3-3-3-3-1-3-0-0-3-5-5	32	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo uno de los tres





			documentos consultados tiene fecha de publicación
34	3-3-3-3-0-3-0-0-2-5-5	30	* <i>Está en Gallego</i> .** No tiene buscador, pero sí mapa web.
35	3-3-3-3-1-0-3-0-0-3-5-5	29	* Tiene buscador, pero no mapa Web.
36	3-3-3-3-0-3-0-0-0-5-5	28	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
37	3-3-3-3-1-3-0-0-3-5-5	32	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo uno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
38	3-3-3-3-0-3-0-0-3-5-5	31	* Tiene buscador y Mapa Web. **Ninguno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
39	3-3-3-3-2-3-0-0-3-5-5	33	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo dos de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
40	3-3-3-3-0-0-3-0-0-5-5	25	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
41	Te redirige a www.diabetenerife.org		
42	3-3-3-3-3-0-0-0-2-5-5	30	No tiene buscador, pero sí mapa web.
43	3-3-3-3-0-3-0-0-3-5-5	31	* Tiene buscador y Mapa Web. **Ninguno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
44	3-0-0-0-3-0-3-0-0-5-5	19	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
45	3-3-1-1-0-0-3-0-0-5-5	21	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
46	3-3-3-3-3-3-0-0-3-5-5	34	* Tiene buscador y Mapa Web. **Los tres documentos consultados tienen fecha de publicación
47	3-3-3-3-0-0-3-0-0-3-5-5	28	* Tiene buscador, pero no mapa Web.
48	3-3-3-3-0-3-0-0-0-5-5	28	* No tiene buscador ni mapa Web.
49	3-3-3-3-1-3-0-0-3-5-5	32	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo uno de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
50	3-3-3-3-0-0-3-0-0-5-5	25	* No tiene buscador ni mapa Web.
51	3-3-3-3-0-1-0-0-0-5-5	23	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
52	3-3-3-3-0-3-0-0-2-5-5	30	* Es necesario registrarse para navegar por la web
53	3-3-3-3-2-3-0-0-3-5-5	33	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo dos de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
54	3-3-0-0-3-0-3-0-0-5-5	22	*Blog actualizado(2011)
55	3-3-3-3-2-3-0-0-3-5-5	33	* Tiene buscador y Mapa Web. **Sólo dos de los tres documentos consultados tiene fecha de publicación
56	3-3-3-3-2-3-0-0-0-5-5	30	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación
57	3-3-3-3-0-3-3-0-0-5-5	28	*No tiene buscador ni mapa Web. Fácil navegación

Respecto al segundo objetivo marcado, la financiación de las páginas webs, es importante destacar que las distintas empresas que se muestran a continuación, sean públicas o privadas, han podido financiar una o varias páginas, dándose el caso de que en una misma página haya sido financiada por varias empresas al mismo tiempo.

Por tanto, los resultados que se derivan del estudio sostienen que de las 54 webs, el 41% están financiadas por Farmacéuticas, seguidos de los Gobiernos Autonómicos (33%), el Fondo Europeo de Desarrollo Regional o FEDER (31%), Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (28%), Ayuntamientos(26%), Bancos o Cajas de ahorro(20%) y otras empresas (17%).

La industria farmacéutica es la que más financia, por eso, es interesante observar qué empresas farmacéuticas son las más implicadas. En primer lugar destaca LifeScan Johnson&Johnson, en segundo lugar Menarini Diagnósticos S.A. y Roche, y en tercer lugar Bayer (figura 1).



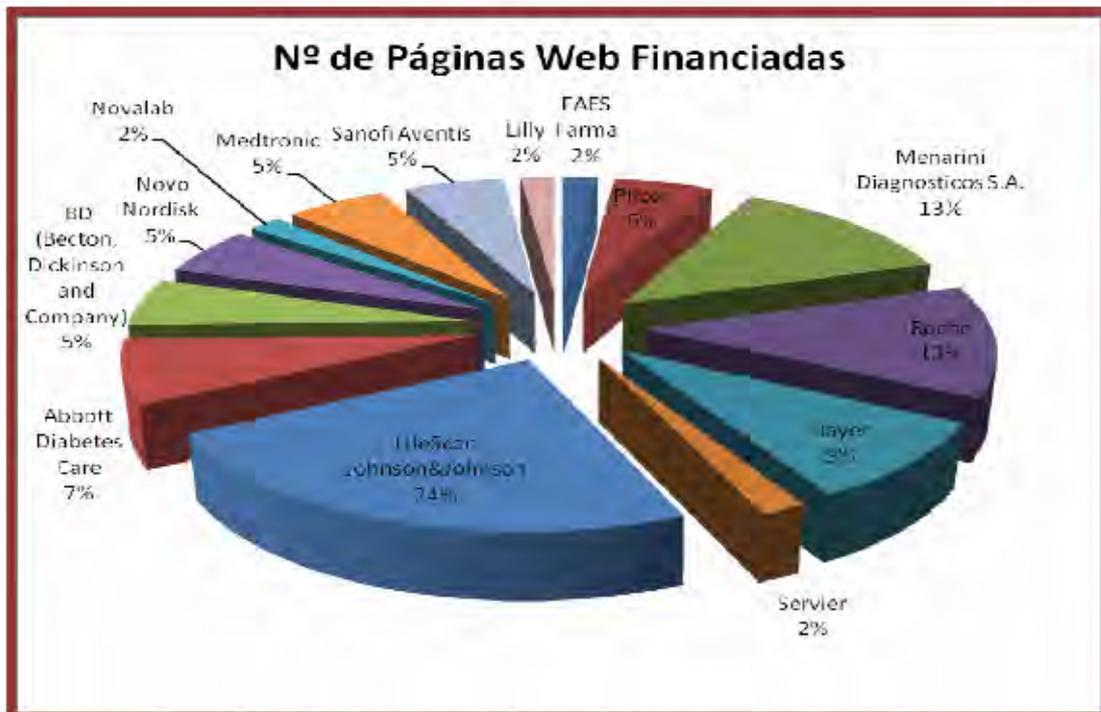


Figura 1. Nº de páginas webs financiadas por empresas farmacéuticas



Por último, en relación con la finalidad del mensaje, el 76% de las páginas contiene mensajes pro salud, mientras que el 24% presenta mensajes neutros. Por el contrario, ninguna página web analizada presenta un mensaje perjudicial sobre la salud (figura 2).

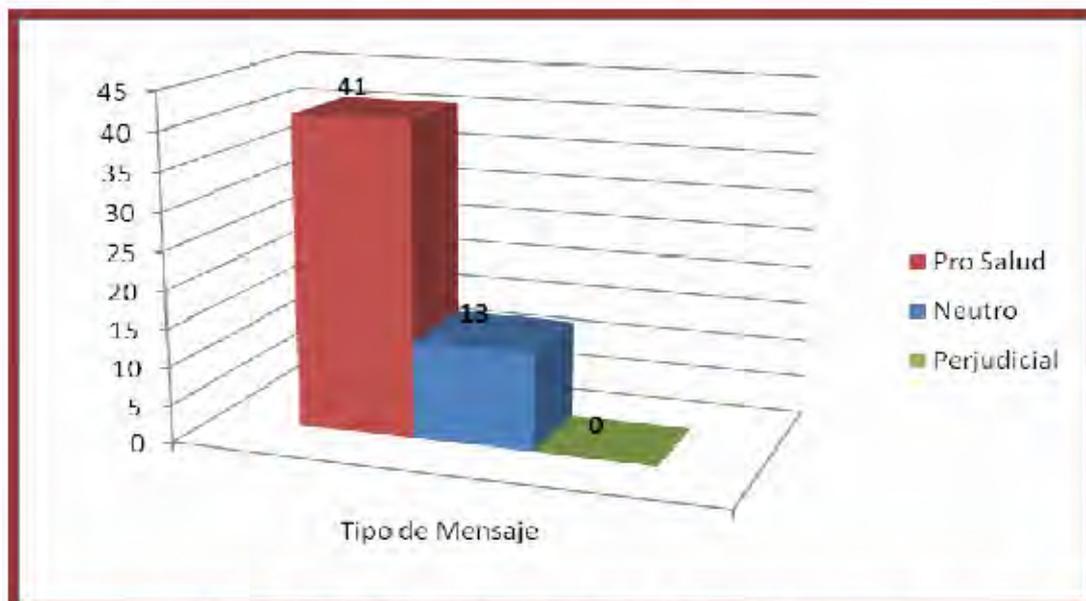


Figura 2. Nº de páginas webs según la finalidad del mensaje





Otros resultados de interés que se derivan del estudio son:

- Andalucía es la Comunidad Autónoma con más páginas webs sobre AD con un total de 10, seguida de Castilla La Mancha con 7, la Comunidad Valenciana con 6 y, Madrid y Murcia con 5 respectivamente. Por otro lado, Ceuta no presenta ninguna página web sobre AD [Anexo 1].

Discusión

Hay autores que sostienen que pocos profesionales y usuarios tienen el tiempo, la energía y la inclinación a utilizar apropiadamente los recursos disponibles, y de comprobar la actualidad y la validez de la información, por lo que sin conocer la calidad es imposible hacer un buen uso de Internet como fuente de conocimientos (Jiménez Pernet et al., 2007).

Las comunidades virtuales facilitan el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de autoayuda. Las comunidades virtuales pueden revolucionar la asistencia sanitaria, pues favorecen el cambio del actual paradigma centrado en las instituciones por un modelo centrado en los pacientes (Jiménez Pernet et al., 2007). Esto es interesante debido a que muchas páginas visitadas poseen foros donde los usuarios preguntan sobre un tema relacionado con la diabetes, que son contestados por médicos, enfermeras, etc.

De este modo, el estudio indica que la mayoría de las páginas webs sobre Asociaciones de diabéticos en España son fiables y muestran una buena calidad tanto en su contenido en la información que aportan, como en su apoyo a los pacientes diabéticos.

Los resultados obtenidos sobre la financiación de las páginas webs estudiadas sostienen que las farmacéuticas son las más implicadas (41%). Esto apoya la idea de los posibles intereses económicos de estas empresas en vender sus productos. De esa manera, tienen más acceso a los socios de las distintas asociaciones, ya que ofrecen sus productos a un precio inferior por ser afiliado. No obstante, también es importante resaltar el apoyo que suponen las administraciones públicas para estas asociaciones, sirviendo de catapulta para la labor que aportan a la sociedad (información, ayuda, asesoramiento, etc.), y especialmente a la población de la que se encargan, los diabéticos.

Por último, el análisis sobre la finalidad de los mensajes en salud, en la que se utilizó el marco teórico desarrollado por COMFER (Comité Federal de Radiodifusión) en su "Estudio sobre los Mensajes de Salud en la Televisión Abierta" (2007), aporta que, según los datos obtenidos, la gran mayoría de las páginas webs sobre asociaciones de diabéticos informan con mensajes pro salud (76%). Esto viene a confirmar que el contenido de la información comunica comportamientos saludables, que ayudan tanto a usuarios como a pacientes diabéticos en busca de información sobre esta enfermedad.



Resaltar la importancia de la escasez de bibliografía específica sobre la evaluación de páginas web relacionadas con las AD. Sería conveniente realizar un análisis prospectivo de la información que aportan en cuanto a su evidencia científica. Otro aspecto interesante podría ser evaluar la financiación por parte de las farmacéuticas con datos económicos reales para afirmar si existen intereses económicos ocultos.

También sería interesante contrastar mediante una encuesta de satisfacción a los usuarios, sobre la información aportada de las distintas páginas, para compararlas después con los datos aportados por este estudio.

Conclusiones

- Existe un número importante de páginas webs de asociaciones de diabetes en todo el territorio español, aunque hay comunidades autónomas que carecen de éstas.
- La calidad de las páginas webs de las asociaciones de diabéticos, en general, es muy buena.
- Las empresas que más financian las páginas webs de asociaciones de diabéticos son las farmacéuticas, seguidas de los gobiernos autonómicos y los fondos FEDER.
- La mayoría de las páginas webs tienen mensajes pro-salud en relación a la información que contienen.

Referencias

- Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas. (2010, 7 de Octubre). [Documento en línea]. Primer estudio de ámbito nacional de prevalencia de diabetes, obesidad, y otros problemas metabólicos y factores de riesgo asociados. Consultado el día 8 de Enero de 2011 de la World Wide Web: http://www.ciberdem.org/estudio_diabetes.php
- Comité Federal de Radiodifusión. (2007, Marzo). [Documento en línea]. Estudio sobre los Mensajes de Salud en la Televisión Abierta. Consultado el día 9 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://www.comfer.gov.ar/web/blog/wp-content/uploads/2009/06/tv-y-salud1.pdf>
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2011). [Documento en línea]. Asociaciones de Diabéticos de España. Consultado el día 10 de Enero de 2011 de la World Wide Web: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/diabetes/asociaciones_diabeticos_espana?perfil=&desplegar=&idioma=es&conte



[nido=/sites/csalud/contenidos/Informacion General/c 3 c 1 vida sana/diabetes/asociacion es diabeticos espana](#)

- Díaz Sáez, J., Fernández Martínez, M.M. (2010). [Documento en línea]. Análisis de las páginas web de los grupos de apoyo a la lactancia materna de España. Granada, España. Enfermería comunitaria. Consultado el día 9 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/comunitaria/v6n1/ec7130.php>
- Federación de diabéticos españoles. (2011). [Documento en línea]. Listado de asociaciones de diabetes. Consultado el día 10 de Enero de 2011 de la World Wide Web: http://www.fedesp.es/portal/asociaciones_dir/listado_asociaciones.aspx?idportal=1
- Fundación para la diabetes. (2011). [Documento en línea]. Listado de asociaciones de diabéticos. Consultado el día 10 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://www.fundaciondiabetes.org/quienes/cont03a.asp>
- Instituto Nacional de Estadística. (2010). [Documento en línea]. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2010. Consultado el día 14 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://www.ine.es/prensa/np620.pdf>
- Jiménez Pernet, J., García Gutiérrez, J. F., Martín Jiménez, J. L., y Bermúdez Tamayo, C. (2007, Marzo). [Documento en línea]. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. Barcelona, España: UOC Papers. Consultado el día 17 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf>
- Martínez-Castelao, A., Górriz Teruel, J.L., de Álvaro Moreno, F. y Navarro González, J.F. (2008). [Documento en línea]. Epidemiología de la diabetes mellitus y la nefropatía diabética: Repercusiones sociales de la pandemia. Barcelona, España. Revista NefroPlus. Consultado el día 15 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=10136&idlangart=ES>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2007). [Documento en línea]. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Consultado el día 14 de Enero de 2011 de la World Wide Web: http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/estrategia_diabetes_sistema_nacional_salud.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011, Enero). [Documento en línea]. Diabetes: Nota descriptiva N°312. Consultado el día 14 de Enero de 2011 de la World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Anexo

Anexo 1. *Listado de Asociaciones de diabéticos y Federaciones de asociaciones de diabéticos de España.*





COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº DE ASOCIACIONES	Nº PÁGINAS WEB	DIRECCIONES WEB O URL
Andalucía	54	10	www.dulcevida.info http://www.masvidachiclana.es.tl/ http://www.asdipor.es http://www.infoasociacion.org/infoasociacion/apd.nsf www.adisurc.org www.acdlsierra.org http://maracenadiqital.com/adimar/ http://www.aqradi.org/ http://www.diabeticosandalucia.org www.anadis.net
Aragón	7	1	www.adezaraqoza.org
Asturias	3	1	www.asdipas.org
Cantabria	1	1	http://www.diabetescantabria.org
Castilla La Mancha	14	7	www.diabeticosalbacete.es http://www.somosadvi.org/ http://www.familiasdiabeticas.com/ http://adipu.spaces.live.com/default.aspx http://www.fedicam.org http://adidir.castillalamancha.es/ http://www.adito.es/
Castilla y León	13	4	www.diabeticosburgos.com http://www.fadcvl.es http://www.actiweb.es/adesegovia/ http://asociaciondiabeticossoria.iespana.es/
Cataluña	26	2	www.adc.cat www.adc lleida.com
Ceuta	1	0	
Comunidad Valenciana	21	6	www.telefonica.net/web/diabeticosalcoi http://www.apdalicante.es/index.php http://www.fedicova.org www.adivic.villena.org





			www.diabeticoselda.com www.avdiabetes.org
Extremadura	13	1	http://www.fadex.org
Galicia	9	4	www.diabetescoruna.org www.diabeticosferrolterra.org www.auniadiabeticos.com http://www.diabeticosgallegos.org
Islas Baleares	3	1	http://www.adiba.es
Islas Canarias	4	4	www.adigran.com http://adila.org/ http://www.diabetesencanarias.org www.diabetenerife.org
La Rioja	1	1	http://www.diabeticosriojanos.org
Madrid	15	5	http://www.diabeticosdelmundo.org/ http://adgetafe.com/ http://www.fadcam.com http://ademadrid.com/ http://www.ada1m.com/
Melilla	1	1	http://www.adimel.org
Murcia	9	5	http://www.adilor.org/ http://www.soditor.org http://www.adirmu.org http://www.fremud.org http://www.sodicar.org/
Navarra	2	1	www.anadi.es
Pais Vasco	5	2	http://www.adalava.es/es/ www.aqdiabetes.org
Total	202	57	



Análisis de la calidad de las páginas Webs sobre el virus del Papiloma Humano

Quality analysis of websites on human papillomavirus

Carmen M. Arcos-García^{1*}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería. Almería.

Fecha de recepción: 10/10/2011 – Fecha de aceptación: 03/05/2012

Resumen

Justificación: Cada vez más los usuarios recurren a Internet en busca de información sobre cuestiones de salud. Dada la importancia que se le está dando actualmente al llamado virus del papiloma humano (VPH) para la salud de las mujeres, es importante analizar la información que aparece en Internet sobre ello. **Objetivos:** Analizar la información sobre VPH que existe en las diferentes páginas webs; Analizar si la información ofrecida a través de Internet es adecuada para los usuarios. **Metodología:** Estudio transversal. Se encontraron 20 páginas webs que cumplían los criterios planteados, el resto de páginas rastreadas durante la búsqueda no cumplían dichos criterios y por lo tanto se descartaron a la hora de valorarlas. Se ha utilizado un cuestionario para evaluar sitios webs sanitarios validados, el "Cuestionario para evaluar sitios webs sanitarios según criterios europeos". **Resultados principales:** Las cifras oscilan entre la 13 la puntuación más baja (nº18) y la puntuación más alta 27 (nº11). **Conclusiones:** Aunque en general las páginas cumplen con sus objetivos, aún hay aspectos mejorables. El formato de los contenidos ayuda a fomentar el consumo por parte de los profesionales ofreciendo una información clara, sencilla y comprensible. A la hora de buscar información acerca del tema informan teniendo en cuenta el público al que se dirige.

Palabras clave: VPH, páginas web, vacuna.

Abstract

Rationale: Increasingly, clients use the Internet for information on health issues. Given the importance that is being given currently to the virus called human papillomavirus (HPV) for women's health, it is important to analyze the information in Internet about it. **Objectives:** Analyze the information about HPV that exists in different web pages; to determine whether the information provided via the Internet is suitable for users. **Methods:** Cross sectional study. There were 20 web pages that meet the criteria set, the rest of pages tracked during the search did not meet these criteria and therefore were discarded when valuing. We used a questionnaire to evaluate health web sites validated the Questionnaire to evaluate health web sites according to European standards" used a questionnaire to evaluate health web sites validated". **Main results:** The numbers range from 13 the lowest score (No. 18) and the highest score 27 (nº 11). **Conclusions:** Although in general the pages comply with its objectives, there are still areas for improvement (have a form, specifying the sources of funding, specify the sources of the information provided). The format of the contents helps stimulate the consumption by professionals offering a clear, simple and understandable. When seeking information on the subject reported based on the audience you are addressing.

Key words: Diabetes Mellitus, Web Pages, Internet, Association.

* Correspondencia: carmen_arcos88@hotmail.com

Introducción

En los últimos años Internet se ha convertido en una fuente de información imprescindible, sencilla, barata y de primera mano a la hora de buscar información sobre cualquier tema, donde también están incluidos los temas sanitarios. Es habitual que los pacientes acudan a su médico con información aportada de Internet sobre su proceso. La medición de la calidad de los recursos web con información biomédica (revistas electrónicas, guías de práctica clínica, páginas web especializadas, etc.) es un tema controvertido. Algunos autores manifiestan que esta medición es intrínsecamente subjetiva, pues depende del tipo de información que se requiera en cada momento y de las características y prejuicios particulares de quien la consume. Otros defienden que estos consumidores pueden enfrentarse sin paternalismos al contenido de las páginas web, como lo han hecho frente a otros medios. No obstante, hay autores que sostienen que pocos profesionales y usuarios tienen el tiempo, la energía y la inclinación a utilizar apropiadamente los recursos disponibles, y de comprobar la actualidad y la validez de la información (Wilson y Risk, 2002), por lo que sin conocer la calidad es imposible hacer un buen uso de Internet como fuente de conocimientos. Lo cierto es que la medición de la calidad de las páginas web con información biomédica sigue siendo un tema de gran relevancia, lo cual justifica que en los últimos años se haya desarrollado múltiples instrumentos y escalas para su medición (Jadad y Gagliardi, 1998; Eysenbach et al., 2002).

En el artículo vamos a analizar la información obtenida a través de las diferentes páginas webs sobre el tema del VPH ya que este suscita en la actualidad interés por parte de la población y los profesionales sanitarios. Los objetivos son: analizar la información sobre VPH que existe en las diferentes páginas webs; y analizar si la información ofrecida a través de Internet es adecuada para los usuarios.

Material y método

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo con diseño transversal.

Procedimiento

En primer lugar se realizó una búsqueda en la web del término virus del papiloma humano utilizándose el buscador Google. La búsqueda se realizó el 10 de enero de 2011 la palabra "virus del papiloma humano" dio como resultado 287.000 entradas. De todas las páginas webs

encontradas se siguieron los siguientes criterios de inclusión para poder seleccionar y posteriormente analizarlas:

- Que aporte información sobre el VPH en categoría de salud.
- Que informen sobre las vacunas que existen del VPH.
- Que sean de habla hispana.

Instrumentos de recogida de datos

La muestra se compone de 20 paginas webs analizadas encontradas a partir de lo dicho anteriormente. Se ha utilizado el "**Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos**"(Bermúdez Tamayo, C. et al) .El cuestionario se diseñó a partir de los criterios del código de conducta e-Europe 2002, comparándolos con los del AMA, Summit, e-Health Code of Ethics, normativa y directrices vigentes. Las dimensiones estudiadas fueron la transparencia y la ausencia de conflicto de intereses, autoría, protección de datos, actualización, responsabilidad y accesibilidad. Es un instrumento validado para evaluar diferentes parámetros que medirían cada página web. Este cuestionario contiene 12 criterios:

1. Nombre de la persona u organización responsable del sitio web.
2. Dirección electrónica o física del responsable del sitio web.
3. Especificación del propósito u objetivo del sitio web.
4. Especificación de la población(es) a la que está dirigido.
5. Especificación de las fuentes de financiación para el desarrollo o mantenimiento del website: ayudas, patrocinadores, publicidad no lucrativa, voluntaria.
6. Fecha de la publicación del/os documento/s contenido/s en la web. Revisar los tres documentos más accesibles.
7. ¿Hay una dirección de correo electrónico de contacto a la que poder enviar comentarios o sugerencias (web master), u otra posibilidad de contactar con el responsable de la página?
8. Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección del contenido. Seleccionar "parcialmente" si mencionan que lo efectúan, pero no especifican cómo.
9. Política editorial. Declaración del procedimiento utilizado para la selección de enlaces. Seleccionar "parcialmente" si mencionan que lo efectúan, pero no especifican cómo, o "no aplica" en caso de que no tenga.

10. Facilidad para efectuar búsquedas. Considere si tiene buscador para el sitio, mapa web, flexibilidad de la búsqueda, forma de ordenar las páginas encontradas. Describa las observaciones.

11. Tamaño de letra apropiado, color de contraste (calificar de 1 a 5, 1 peor cumplimiento y 5 mayor).

12. El lenguaje se adecua al destinatario (calificar de 1 a 5, 1 peor cumplimiento y 5 mayor).

Por tanto serán estos criterios los que se utilizaran para la valoración de las páginas webs que se analicen. La calificación de cada ítem es la siguiente: 0, 1, 2 y 3 (0 no lo cumple, 1 lo cumple parcialmente, 2 lo cumple casi totalmente y 3 lo cumple totalmente). Por tanto las cifras totales para cada página web podrán oscilar entre 0 y 40 puntos.

Además de esta escala de puntuación se han valorado otra serie de puntos a la hora de analizar las páginas web que son interesantes de conocer:

1. La financiación de las páginas webs: institución pública, empresa privada o farmacéuticas
2. La autoría de la información encontrada: si la información que aparece es escrita por sanitarios, periodistas, cuidadores, pacientes o políticos.
3. La publicidad que se encuentra en las páginas webs: si es comercial, institucional, de medicamentos u otros.
4. El tipo de mensaje que da la información encontrada:
 - Mensaje pro-salud: comunica comportamientos saludables, es decir, acciones tendientes a mejorar y /o conservar la salud.
 - Mensaje neutro: menciona el tema de salud sin transmitir un concepto o comportamiento que pueda resultar positivo o negativo
 - Mensaje perjudicial: afecta desfavorablemente a la salud, presenta potenciales efectos nocivos para esta, muestra roles o comportamientos negativos.

Resultados

En total se analizaron 20 paginas webs. La puntuación se pone en el orden en que aparecen los ítems de la valoración -indicada más arriba-. La puntuación y comentario/s de cada página web se muestran en el cuadro siguiente:

Tabla 1: Puntuación cuestionario de calidad

Nº	Puntuación	Puntuación total	Comentarios
1	2,2,3,3,1,0,3,1,1,2,3,4	23	
2	2,3,3,3,1,3,3,3,0,2,2,4	23	Ofrece buena información sobre todo tipo de temas de salud
3	1,2,3,3,0,3,3,0,0,3,2,4	24	
4	3,2,1,1,1,3,3,0,0,1,3,4	22	
5	3,2,1,3,0,3,2,0,0,3,3,4	24	
6	3,3,3,2,0,3,2,0,0,3,3,4	26	Necesita rellenar formulario para mandar correo
7	1,0,3,2,0,0,0,0,0,1,4,4	15	Tienes que estar registrado para acceder a que te den información.
8	3,1,3,3,1,3,3,0,0,1,4,4	26	se puede elegir el tamaño de la letra
9	2,2,2,0,0,3,3,0,0,1,4,2	19	Es una página de un magazine en televisión, por lo que son periodistas aunque colaboran algunos profesionales de la salud.
10	3,3,2,3,0,0,3,0,0,1,5,4	24	Página que informa sobre enfermedades pero que pertenece a una clínica privada.
11	3,3,3,3,1,1,2,1,1,1,4,4	27	
12	3,3,3,2,0,0,3,0,0,1,4,3	22	Página que da información a los padres sobre los bebés.
13	2,3,2,1,0,2,2,0,0,2,1,1	16	Informa a los ciudadanos sobre lo que es y la prueba diagnóstica.
14	1,0,2,1,0,3,0,0,0,0,4,4	15	Página independiente de mujeres sobre la vacuna del VPH. Solo periodistas
15	3,3,3,2,1,2,3,0,0,1,4,4	26	
16	3,0,1,1,0,0,1,0,0,1,4,4	15	
17	3,3,2,2,1,1,2,1,1,2,5,5	26	Tiene facilidad para la información según sea profesionales o población y tiene mapa web para ver en una hoja todo lo publicado en la

			pagina al año
18	2,0,0,0,0,1,0,0,2,4,4	13	Para conseguir contacto da fallo en la página.
19	3,0,1,0,2,0,0,1,1,2,3,4	17	
20	3,3,3,2,0,2,2,3,0,0,1,2,3	22	

Las cifras oscilan entre la 13 la puntuación mas baja (nº18) y la puntuación mas alta 27(nº11). A continuación se analizara cada uno de los puntos de la escala de valoración:

1. Todos cumplen la condición.
2. La mayoría de ellas hay un e-mail del webmaster donde poder enviar correspondencia
3. Todas en mayor o menos medida especifica el objetivo de la pagina
4. Solo 3 de las páginas no indican a que tipo de público va dirigido.
- 5 .Solo 8 de las páginas especifican las fuentes de financiación claramente aunque solo parcialmente, las demás no lo especifican.
6. Solo 7 de las paginas no especifican la fecha en la que esta escrita la información, las demás si son escritas aunque la mas actual es de 2009.
7. Solo 3 páginas no tienen correo o manera de contactar con el web-master de la página web. Las demás lo ponen en la página principal que es fácil de localizar.
- 8 y 9. Para la política editorial tanto de los enlaces como de la información que aporta es difícil de localizar en la página, además de que solo 6 de ellas contienen esta información.
10. 19 de las páginas tienen un buscador en el inicio o tienen un índice en la página principal para buscar los temas necesarios.
- 11 y 12. Todas obtienen buena puntuación en este aspecto, incluso una de las páginas (nº 8) se puede elegir el tamaño de la letra que se prefiera.

Teniendo en cuenta los otros puntos a valorar en las páginas webs:

1. La financiación de las páginas webs
2. La autoría de la información encontrada
3. La publicidad que se encuentra en las páginas webs
4. El tipo de mensaje que da la información encontrada:

Mensaje pro-salud

Mensaje neutro

Mensaje perjudicial

Se ha obtenido los siguientes resultados:

Tabla 2: Valoración de otros aspectos de las paginas webs.

Nº	financiación	autoría	Publicidad	Tipo de mensaje
1	Institución publica	sanitario	Links y paginas web de salud	neutro
2	Institución publica	Sanitario(especifica fuentes bibliográficas)	Links y anuncios sobre temas de salud	Pro-salud
3	Institución publica	No lo indica	links	neutro
4	Institución publica	Especifica las fuentes bibliográficas	links	Pro- salud
5	Institución publica	Especifica fuentes bibliográfica	links	Pro- salud
6	farmacéuticas	No lo refiere	links	Pro- salud
7	Institución publica	No lo refiere	links	neutro
8	No lo especifica	No lo refiere	Enlaces y links de temas de salud	neutro
9	Institución publica	periodista	Sus enlaces	perjudicial
10	Empresa privada	sanitario	Fundaciones, bancos de esperma	neutro
11	No lo refiere	No lo refiere	De su fundación	Pro-salud
12	No lo refiere	periodista	comercial	neutro
13	No lo indica	No lo indica	comercial	neutro
14	No lo indica	periodista	links	neutro
15	Institución publica	No lo indica	enlaces	Pro-salud
16	No lo indica	sanitario	Enlaces	Pro-salud
17	Empresa privada	sanitarios	farmacéuticas	Pro-salud
18	No lo indica	sanitario	De sus otras paginas webs	Pro-salud
19	Empresa privada	No lo indica	comercial	Pro-salud
20	Empresa privada	No lo indica	comercial	neutro

De estos datos podemos obtener la siguiente información más relevante:

- 10 de las páginas contienen un mensaje pro-salud por lo que son indicadas para favorecer la prevención de la enfermedad. 9 contienen un mensaje neutro, por lo que se limitan a informar, normalmente páginas donde no indica quien lo escribe o son periodistas. 1 contiene un mensaje perjudicial por lo que no es indicada para el usuario (la pagina no estaba actualizada)
- La mayoría de ella la publicidad que contiene son enlaces y links para acceder a otras paginas de salud que no se corresponden con el tema tratado. 5 de ellas contienen publicidad comercial o de farmacéuticas.
- Llama la atención que solo 8 de las páginas indica quien escribe la información y su categoría y las demás no lo indican o simplemente te nombran paginas de donde esta referenciada la información de las cuales ninguna son medicas.

Discusión

La medición de la calidad de los recursos web con información biomédica (revistas electrónicas, guías de práctica clínica, páginas web especializadas, etc.) es un tema controvertido. Algunos autores manifiestan que esta medición es intrínsecamente subjetiva, pues depende del tipo de información que se requiera en cada momento y de las características y prejuicios particulares de quien la consume. Otros defienden que estos consumidores pueden enfrentarse sin paternalismos al contenido de las páginas web, como lo han hecho frente a otros medios (Lopez Saavadera et al, 2006). Teniendo en cuenta esto, el autor no se plantea que la información que se da es de ámbito medico y que es muy importante para quien la quiere conseguir, no debe de ser subjetiva , tiene que cumplir los criterios de calidad del instrumento utilizado. Como se expone en los resultados, las paginas webs con información veraz o escrita por alguien sanitarias son escasas y por lo tanto pierde veracidad.

La rapidez de la distribución por medio de Internet es un factor determinante para el crecimiento exponencial de la información en la red. La rapidez se relaciona con una sumatoria de elementos -interactividad, tecnología de hipertexto, multimedia, digitalización, computación e información distribuida, compartir y cooperar, así como los sistemas abiertos. Todos determinan su carácter único en materia de generación, almacenamiento y diseminación de la información hasta el momento, sin embargo, alguien que pase algún tiempo "navegando" acaba por encontrar "lo bueno, lo malo y lo feo" pues no existe, en la mayoría de los casos, una evaluación previa de lo que se coloca a disposición de los "navegantes". Es evidente la necesidad de filtros que permitan una recuperación de información con calidad y alta relevancia. (Núñez Gudas , M. , 2002)

Conclusiones

Como se cito en la introducción, el tema de validar o analizar las paginas webs sobre un tema específico, en este caso el virus del papiloma humano (VPH) es muy controvertido. Partiendo de los datos analizados a partir del cuestionario pasada y de los datos obtenidos puedo concluir de que teniendo en cuenta los objetivos propuestos al principio de este análisis es interesante decir que:

- 1) Al realizar la búsqueda podemos encontrar varios grupos de paginas webs: sanitarias, las que pertenecen a laboratorios que ofrecen información sobre la prueba de VPH, aquellas que aportan información para madres, aquellas que pertenecen a clínicas privadas de ginecólogos especializados en el tema.
- 2) Al pasar el cuestionario de paginas webs es una buena herramienta para detectar fallos a la hora de aportar la información. Una buena información del VPH tiene que corresponder con una buena fuente bibliográfica que este escrita por sanitarios o si por contra esta escrita por periodistas que tengan buena información analizada, ya que en algunas paginas no refería por quien estaba escrita o de donde era la información obtenida, teniendo en cuenta la cantidad de usuarios que pueden acceder a esta información.
- 3) El interés suscitado en los últimos tiempos con respecto al tema de la vacuna del VPH, también crea mucha controversia en la información dada en internet, hay que valorar las fuentes de financiación y por quien esta escrita.
- 4) Aunque en general las páginas cumplen con sus objetivos, aún hay aspectos mejorables (disponer de un buscador, especificar las fuentes de financiación, especificar las fuentes de la información que suministran).
- 5) El formato de los contenidos ayudan a fomentar el consumo por parte de los profesionales ofreciendo una información clara, sencilla y comprensible.
- 6) A la hora de buscar información acerca del tema informan teniendo en cuenta el publico al que se dirige.

Referencias

- Bermúdez-Tamayo C, Jiménez-Pernett J, Garcia-Gutierrez JF, Azpilicueta I, Silva-Castro MM, Babio G, Plazaola J. (2006) "Cuestionario para evaluar paginas web sanitarias según criterios europeos". *Aten Primaria* ;38(5): 268-274
- Castro-Vásquez M.C, Arellano-Gálvez M.C,(2010) "Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ" *Rev. Salud pública de México* 52 (3) ; 207-212.
- Díaz Sáez, J., Fernández Martínez M., "Análisis de las páginas web de los grupos de apoyo a la lactancia materna de España" *Enfermería comunitaria* 2010 6 (1); Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7130.php>> Consultado el 10 de enero de 2011.
- Jiménez Pernett J., García Gutiérrez José F., Martín Jiménez José Luis y Bermúdez Tamayo C. (2007) "Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud". *Uocpapers* nº4 ; 44-50.
- Lopez-Saavedra A., Lizano Soberon, M. (2006), "Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina" *Cancerologia* 1 ; 31-55.
- NUNEZ GUDAS, Mirta. Criterios para la evaluación de la calidad de las fuentes de información sobre salud en Internet. *ACIMED*, Ciudad de La Habana, v. 10, n. 5, oct. 2002
- Sanabria Negrin, José G. (2009) "Virus del Papiloma humano". *Rev. Ciencias Médicas*, 13(4); 168-187.
- Vergel Rodríguez MM, "Crisis sanitaria: Vacuna del Virus del Papiloma Humano" *Rev. Esp Com Sal.* 2010;1 (1): 9-22.
- Zacarías Flores, M.(2006) "Virus del Papiloma Humano(VPH) y su total prevención a partir de una vacuna" *Rev. Bioquímica*; 31(3): 83-84.

Diseño de un catálogo de recursos online para la mejora de la comunicación sanitario – paciente inmigrante

Design of an online resources catalog to improve communication between health professional and immigrant patient

María Sandín Vázquez^{1*}, Isabel Río Sánchez², Rosana Larraz Antón¹

¹ Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. ² Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Fecha de recepción: 10/04/2012 – Fecha de aceptación: 03/06/2012

Resumen

Introducción. Las dificultades comunicativas presentes entre sanitarios y pacientes inmigrantes obstaculizan el acceso a la atención médica e influyen negativamente en el estado de salud de dichos pacientes. Disponer de recursos que faciliten la comunicación mejoraría la calidad asistencial que recibe este colectivo. **Objetivo.** Presentar el proceso de creación de un catálogo digital de recursos de comunicación online para mejorar con su utilización la comunicación entre profesionales sanitarios e inmigrantes. **Material y Método.** Búsqueda en Internet y posterior selección de recursos para su inclusión el catálogo, y el desarrollo de un portal web destinado a reunir de forma organizada dichos recursos. **Resultados.** Se han incorporado materiales útiles en contexto de la atención en consulta, la Promoción de la salud y la Atención farmacéutica (destacando recursos de ámbitos como salud sexual y reproductiva, atención materno-infantil, Promoción de la salud y comunicación interpersonal). El catálogo ya está disponible en www.saludinmigrantes.es. **Discusión.** Los recursos de comunicación profesional sanitario-paciente inmigrante en distintos idiomas creados en España son escasos y se encuentran repartidos de manera muy dispersa por la red, por lo que un catálogo que los aglutine e incorpore de manera continua y sistemática resulta conveniente y eficaz para mejorar el proceso comunicativo.

Palabras clave: Comunicación intercultural, Inmigrantes, Catálogo de recursos.

Abstract

Introduction. Communication difficulties that appear between immigrant patients and health professionals impede access to health care services and adversely affect the health of this sector of the population. Providing communication resources would be a way to improve the quality of care received by this group. **Objective.** To present the process of creating an online communication resources catalog to improve communication between health professionals and immigrants. **Materials and Methods.** Internet search and resources selection to include it in the catalog, and developing a web designed to collect and to organize these resources. **Results.** Useful materials have been incorporated, related with the context of care in consultation, Health Promotion and the Pharmaceutical care (highlighting areas such as sexual and reproductive health, maternal and child health promotion and interpersonal communication). The catalog is now available in www.saludinmigrantes.es. **Discussion.** The communication resources created in Spain are scarce and widely dispersed across the network, so a catalog that brings them together and incorporate it continuously and systematically is convenient and effective way to improve the communication process.

Key words: Intercultural communication, Immigrants, Resource catalog.

Correspondencia: maria.sandin@uah.es

Financiación: Proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011. Referencia: CSO2010-15947.



Introducción

Estudios recientes realizados en España ponen de manifiesto que las dificultades comunicativas que se presentan entre pacientes inmigrantes y profesionales sanitarios obstaculizan el acceso a la atención médica e influyen negativamente en el estado de salud de este sector de la población (Valero, 2008; Valero, 2005; Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008) ya que dichas dificultades comunicativas repercuten en el establecimiento de la necesaria relación de confianza médico-paciente, en la calidad de la anamnesis, del diagnóstico, del seguimiento clínico y en el grado de comprensión y cumplimiento del tratamiento prescrito (Hornberg, 1997; Torre, 2006; De Muynck, 2004).

Por otro lado, hay evidencias acerca de cómo una mayor adecuación lingüística y cultural de los servicios sanitarios se asocia a una mejora de la salud de los pacientes extranjeros con competencias comunicativas limitadas, a un aumento en la satisfacción con la calidad de la asistencia recibida, a una reducción del número de visitas y mayor regularidad en el seguimiento, y a una reducción en la duración media de las hospitalizaciones (Torre, 2006; De Muynck, 2004).

El incremento de población inmigrante en nuestro país ha propiciado la búsqueda de soluciones a estas dificultades de comunicación. Una de ellas ha sido la creación de la figura del mediador intercultural como persona con conocimientos de lenguas y culturas extranjeras encargada de mediar en la relación médico-paciente. Sin embargo, la presencia de estos profesionales en centros de salud y hospitales es todavía muy escasa. Algunos centros sanitarios y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que prestan atención médica cuentan con traductores o mediadores para salvar las barreras de comunicación, pero incluso en estos contextos, si paciente y mediador no comparten los mismos registros en la lengua de interacción, o no están familiarizados con la terminología sanitaria especializada, ello puede suponer un obstáculo para que se produzca una comunicación efectiva (Putsch 1990; Oliver, 2002). Por otra parte, dada la variedad de orígenes geográficos de los grupos inmigrantes mayoritarios en España, la contratación de mediadores interculturales que cubran el abanico de lenguas maternas de los pacientes parece inviable, más si cabe en este momento de crisis económica. En este escenario, la estrategia habitual que se utiliza en el contexto sanitario consiste en recurrir a un familiar como mediador informal que realice la labor de intérprete ocasional. Ello conlleva el riesgo de que se originen situaciones que supongan una invasión de terceros en la intimidad o se produzcan interpretaciones incorrectas, lo que repercute negativamente sobre los objetivos del proceso comunicativo que se produce entre el profesional sanitario y su paciente (Martín, 2009).





Una estrategia alternativa consiste en utilizar en consulta materiales traducidos. Sin embargo, a pesar de que en la actualidad Internet es un poderoso medio de información y difusión de este tipo de documentación, el grado de acceso por esta vía a este tipo de recursos es escaso, bien por tratarse de materiales no digitalizados, bien por no estar alojados en webs de acceso abierto o por la dificultad de identificación al encontrarse desordenados y dispersos en la Red. Todo ello contribuye a que no resulten fácilmente accesibles para el personal sanitario o a que una parte del mismo desconozca su existencia. En algunos países receptores de inmigrantes se han desarrollado iniciativas encaminadas a solventar estas problemáticas creando portales web que recopilan recursos traducidos útiles en el contexto sanitario (NSW, 2012; HRSA, 2012; The 24 Languages Project; 2012).

Objetivos

Teniendo en cuenta las necesidades anteriormente planteadas, y partiendo de que la solución idónea sería incorporar mediadores interculturales para realizar la función de mejora de la comunicación en el contexto sanitario, en este proyecto se consideró como objetivo principal la creación de un catálogo digital de recursos de comunicación, de acceso universal y gratuito, a fin de facilitar el acceso y conocimiento de este tipo de materiales y promover su utilización en las principales áreas de demanda asistencial, para mejorar con ello la comunicación entre profesionales de la salud e inmigrantes.

Material y método

El proceso de creación del catálogo de recursos en línea supuso el desarrollo de dos líneas de trabajo paralelas: la búsqueda en Internet y posterior selección de los recursos que se incluirían en el catálogo, y el desarrollo de un portal web destinado a reunir de forma organizada dichos recursos.

El análisis de la literatura médica pertinente y la consulta a profesionales sanitarios de distintas áreas para identificar necesidades específicas orientaron el proceso de búsqueda y selección de los recursos. Para ello se diseñó un cuestionario (ver Figura 1) que se envió vía e-mail durante el periodo de marzo - junio de 2011 a un total de 284 direcciones electrónicas de profesionales y centros que prestan atención sanitaria, incluyendo centros de Atención Primaria, hospitales, ONGs, clínicas de interrupción voluntaria del embarazo y farmacias.





Figura 1. Preguntas del cuestionario de diagnóstico enviado a los profesionales sanitarios para identificar necesidades específicas de recursos de comunicación.

<p>1. ¿Qué páginas de Internet utilizas para obtener información relacionada con tu consulta?</p> <p>2. ¿Alguna vez has buscado información en Internet para atender a pacientes inmigrantes con problemas de comunicación?</p> <p>3. Si has respondido sí a la anterior ¿qué tipo de información has buscado y dónde?</p> <p>4. ¿Qué tipo de recursos te parecen más útiles para mejorar los problemas de comunicación identificados?</p> <p>Folletos</p> <p>Pictogramas</p> <p>Traductores on-line</p> <p>Audio</p> <p>Imagen</p> <p>5. ¿Qué documentos traducidos piensas que podrían resultarte de utilidad en tu consulta con pacientes inmigrantes?</p> <p>6. ¿Te resultaría útil un catálogo de recursos de comunicación online con este tipo de material?</p> <p>Explica tu respuesta:</p> <p>Datos personales</p> <p>Edad:</p> <p>Sexo:</p> <p>Centro de trabajo (Centro AP/Hospital/Centro de especialidades/ONG/Clinica IVE):</p> <p>Especialidad (Medicina general/Especialista/Pediatría/Enfermería/Matronas...)</p> <p>Años trabajando en el puesto actual:</p> <p>Correo electrónico:</p>

Con la información recogida se procedió a la búsqueda de recursos en sitios web nacionales y extranjeros de materiales traducidos dispersos en Internet. Respecto a los criterios seguidos para realizar la selección de materiales traducidos a diversas lenguas, en primer lugar se consideró que estos incluyesen traducciones al castellano, inglés o francés además de versiones



en, al menos, otra lengua. Seguidamente, que los contenidos hubieran sido elaborados o supervisados por profesionales sanitarios y, por último, que la presentación del material fuese preferiblemente en formatos aptos para su consulta y descarga sin necesidad de conexión.

El proceso de desarrollo del portal web (destinado a recoger de forma organizada los recursos recopilados en la red) fue el siguiente:

- Instalación de una plataforma CMS (Content Management System o Gestor de Contenidos Web) de código abierto como soporte al catálogo así como los complementos necesarios para su gestión y funcionamiento.
- Configuración de la plataforma y del buscador interno de recursos.
- Optimización de la web a fin de lograr su compatibilidad con diferentes navegadores, mejorar su accesibilidad y la adecuación para realizar consultas desde dispositivos móviles.
- Establecimiento de una taxonomía provisional para la organización de los recursos.
- Diseño del logo identificativo.
- Incorporación de los primeros recursos al catálogo.

Para evaluar el acceso y la utilidad del catálogo, se incorporó un servicio estadístico específico para sitios web, con el que se obtienen, entre otros, los siguientes parámetros:

- Número total de visitantes del catálogo desde su puesta en funcionamiento.
- Número de visitantes únicos y evolución por periodos de tiempo a fin de poder determinar el porcentaje de usuarios que han realizado consultas en el catálogo en más de una ocasión y su asiduidad.
- Número de visitas a cada uno de los contenidos que conforman el catálogo a fin de poder determinar los contenidos más demandados por los usuarios.
- Número de visitantes recibidos desde fuentes externas (motores de búsqueda, enlaces desde otras webs, etc.), así como URL de las fuentes.
- Ubicación geográfica de los visitantes del catálogo.
- Términos de búsqueda que originan las visitas al catálogo desde motores de búsqueda.

- Términos de búsqueda internos, utilizados por los usuarios para buscar contenidos una vez que se encuentran consultando el catálogo.

Con objeto de mantener permanentemente actualizado el catálogo, se está poniendo en marcha un segundo cuestionario en el portal para continuar recogiendo información por parte de los profesionales que lo visitan. Adicionalmente, a través de preguntas abiertas incluidas en este segundo cuestionario, se recogerá su percepción sobre la facilidad de acceso a los materiales y consultas, y el impacto del uso del catálogo en la mejora de la comunicación con los pacientes inmigrantes.

El portal se ha complementado con la creación de espacios en Twitter (<http://twitter.com/#!/saludinmigra/>) y Facebook (<http://www.facebook.com/saludinmigra>) al objeto de que los contenidos publicados en el catálogo resultaran accesibles a los usuarios por múltiples vías y como respuesta a la necesidad de propiciar espacios abiertos al intercambio y la colaboración: crear comunidades de seguidores que colaboren en su difusión, informar sobre actualizaciones y noticias relacionadas con el catálogo, canalizar comentarios y consultas de los profesionales, conocer nuevos recursos y detectar nuevas necesidades.

Resultados

El catálogo de recursos se denomina Salud Inmigrantes, es de acceso libre y gratuito y se encuentra disponible en la dirección www.saludinmigrantes.es (Figura 2). Ha obtenido la certificación de "Web de Interés Sanitario" (WIS) otorgada por "PortalesMédicos.com", así como la de "Web Médica Acreditada", concedida por el Programa de Certificación y Calidad de páginas web de salud, del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. El catálogo se actualiza permanentemente con la incorporación de nuevos recursos.

Los recursos identificados hasta el momento se localizaron principalmente en sitios web de agencias intergubernamentales (Organización Mundial de la Salud (OMS), Unión europea (UE)), de organismos nacionales oficiales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; consejerías, servicios e institutos de salud de las diferentes comunidades autónomas), ONGs, organizaciones, sociedades y colegios médicos españoles, así como en portales de hospitales y organizaciones extranjeras.



Figura 2. Portada del catálogo "Salud Inmigrantes", disponible en la URL:

<http://www.saludinmigrantes.es>



El proceso de rastreo permitió la identificación de recursos de texto, recursos visuales en formatos aptos para imprimir y recursos multimedia en diferentes idiomas. En cuanto a su finalidad, los materiales recogidos en el catálogo se pueden clasificar del siguiente modo:

- Recursos facilitadores de la comunicación directa: documentos de recogida de información en consulta traducidos al idioma del paciente, diccionarios, imágenes, dibujos y pictogramas, herramientas de traducción simultánea, etc.
- Materiales informativos y de Promoción de la salud que actúan de soporte a la comunicación sanitario-paciente: folletos, guías y otros soportes de información en diferentes idiomas y sobre distintos aspectos del sistema sanitario o las conductas de salud.
- Materiales de sensibilización y de formación para personal sanitario sobre comunicación intercultural.

Tabla 1. Recursos incluidos en el catálogo www.saludmigrantes.es en función del idioma, tema y formato (número y %)*

Idioma								
Castellano 68 (70,8%)	Inglés 52 (54,2%)	Árabe 34 (35,4%)	Francés 32 (33,3%)	Chino 27 (28,1%)	Ruso 21 (21,9%)	Rumano 19 (19,8%)	Portugués 17 (17,7%)	Búlgaro 10 (10,4%)
Italiano, Alemán 9 (9,4%)	Polaco 8 (8,3%)	Somalí 6 (6,2%)	Vietnamita Urdu, Griego 5 (5,2%)	Tagalo 4 (4,2%)	Ucraniano Turco 3 (3,1%)	Swahili, Hindi 2 (2,0%)	Húngaro, Holandés, 2 (2,0%)	Wolof, Hausa 1 (1,0%)
Tema								
Ginecología 29 (30,2%)	Pediatría 29 (30,2%)	Promoción de salud 27 (28,1%)	Comunicación interpersonal 19 (19,8%)	Mediación 16 (16,6%)	Farmacia y vacunas 14 (14,6%)	Neumología 13 (13,4%)	ETS y SIDA 12 (12,5%)	Cardiología 11 (11,4%)
Formato de recurso								
Documento PDF 59 (61,5%)	Online 20 (20,8 %)	Video 13 (13,5%)	Imagen 1 (1,0%)	Online y PDF 1 (1,0%)	Video y PDF 1 (1,0%)	Varios formatos 1 (1,0%)		

* Tanto en el apartado "Idioma" como en "Tema" los porcentajes suman más de 100% ya que hay documentos en varios idiomas y que abordan varios temas a la vez.

La Tabla 1 recoge los idiomas, temática y formato de los recursos disponibles hasta el momento. Los materiales incorporados son de utilidad en el contexto de la atención en consulta, la Promoción de la salud y la Atención farmacéutica y abarcan principalmente recursos aplicables en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, la atención materno-infantil, Promoción de la salud y comunicación interpersonal, entre otros. Se ha priorizado la inclusión de contenidos en las lenguas maternas de los grupos inmigrantes no hispanoparlantes mayoritarios en España: árabe, lenguas de Europa del este, chino y lenguas subsaharianas.

El portal web cuenta con diversos sistemas para facilitar la búsqueda de recursos:

- Un buscador interno que permite realizar búsquedas cruzadas por idioma, tema, tipo de recurso y palabras clave y ofrece un listado con todos los recursos que contienen las opciones y/o términos que previamente se hayan especificado.
- Un menú desplegable de categorías que permite realizar búsqueda por áreas de aplicación: Atención Primaria, Cardiología, Farmacia, Neumología, Pediatría, etc.
- Un [mapa del sitio](#) que proporciona una idea general de la organización del catálogo y permite acceder directamente a cada una de sus secciones.
- Un apartado denominado ["Todos los recursos"](#) donde aparece el conjunto de los recursos publicados hasta la fecha organizados por orden cronológico.
- Un listado de entradas relacionadas que acompañan a cada recurso.

El portal también cuenta con espacios donde los usuarios pueden solicitar nuevos recursos no disponibles y notificar la existencia de materiales, de elaboración propia o ajena, considerados de interés, que tras la evaluación pertinente, podrán ser incorporados al catálogo de recursos.

Conclusiones

Como conclusión general del proceso de búsqueda (que todavía se mantienen en marcha) cabe destacar que se identifican algunas deficiencias en la disponibilidad de materiales traducidos de gran trascendencia en el contexto de la salud como, por ejemplo, consentimientos informados o documentos informativos sobre derechos y deberes de los pacientes, temas identificados como necesarios por parte de los profesionales sanitarios.

Además, durante el proceso de búsqueda de materiales para su inclusión en el catálogo podemos destacar que los recursos de comunicación profesional sanitario-paciente inmigrante en distintos idiomas creados en España son escasos y se encuentran repartidos de manera muy

☐

dispersa por la red, por lo que es necesario continuar dicho proceso de manera continua, fomentar el intercambio de recursos y la colaboración entre los profesionales que trabajan en este ámbito y continuar incorporando en el catálogo www.saludmigrantes.es todos los materiales recopilados, para que queden recogidos de forma ordenada y accesible para todos los profesionales del contexto sanitario.

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐



Referencias

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2008). La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- De Muynck, A. (2004). Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quadern CAPS*, 32, 40-46.
- Hornberg, J. et al. (1997). Bridging Language and Cultural Barriers between Physicians and Patients. *Public Health Rep*, 112, 410-417.
- HRSA Cultural Competence Resources for Health Care Providers. EEUU. [Homepage]. Consultado el día 15 de marzo de 2012 de la World Wide Web: <http://www.hrsa.gov/culturalcompetence/index.html>
- Martín Aranaga, I. (2007). Trabajo social con población inmigrante: un enfoque transcultural. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 23, 71-82.
- NSW Multicultural Health Communication Service. Gladesville, Australia. [Homepage]. Consultado el día 15 de marzo de 2012 de la World Wide Web: <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/>
- Oliver Reche, MI. (2002). Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. *Matronas Profesión*, 9, 21-27.
- Putsch, RW. et al. (1990). Dealing with patients from other cultures. *Clinical Methods*. 3rd Ed. Boston: Butterworths, 1050-65.
- The 24 Languages Project. EEUU. [Homepage]. Consultado el día 15 de marzo de 2012 de la World Wide Web: <http://ethnomed.org/about/related-programs/24-languages-project>
- Torre de la, C. et al. (2006). Control de gestación en inmigrantes. *Anales del Sistema sanitario de Navarra*, 29 Supl.1, 49.
- Valero Garcés, C. et al. (2008). Investigación sobre la calidad de la comunicación en la atención sanitaria al inmigrante. En: Valero-Garcés, C. Y Pena, C. (eds.). *Investigación y Práctica en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos: Desafíos y Alianzas/ Research and Practice in Public Service Interpreting and Translation: Challenges and Alliances*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Valero Garcés, C. et al. (2005). Modos de Comunicación Interlingüística: Traducción en los Hospitales y Centros de Salud. En: Oro, J.M. et al. (ed.) *La Enseñanza de las Lenguas en una Europa Multicultural*. Lugo: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico Universidade de Santiago de Compostela.



Revisiones

Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar.

Social skills in Nursing. The role of family-centred communication.

Raquel Ramón-García¹, María P. Segura-Sánchez¹, María M. Palanca-Cruz¹, Pablo Román-López¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 10/07/2011 – Fecha de aceptación: 01/02/2012

Resumen

Debido a la importancia de las habilidades comunicativas entre los profesionales de enfermería y los familiares se procedió a la realización de una revisión bibliográfica. Objetivos. Determinar aquellas habilidades sociales para la comunicación en salud y conocer las estrategias verbales y no verbales para facilitar la comprensión y la relación con el familiar. Método. Estudio descriptivo transversal en el cual se realizó una revisión sobre estudios centrados en las habilidades comunicativas en enfermería y el familiar. Resultados. Se obtuvieron diversas habilidades y estrategias que fueron clasificadas en varias categorías, las cuales fueron las Habilidades para la comunicación en salud, las Estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud y por último fueron los Gestos y posturas de los profesionales de enfermería. Este estudio concluyó refiriendo las habilidades, estrategias y gestos de los profesionales de enfermería más destacados para poder realizar una eficaz comunicación con los familiares, como lo pueden ser la empatía, el empleo de una información inteligible, clara y concisa y adecuada al nivel sociocultural del familiar, además de una entonación, volumen y ritmo de voz adecuados o la comunicación no verbal, como lo son las posturas corporales, expresión facial o la mirada.

Palabras clave: Comunicación social, enfermería, familia

Abstract

Because of the importance of communication skills between nurses and family proceeded to carry out a literature review. Objectives. Determine those social skills for health communication strategies and learn verbal and nonverbal to facilitate understanding and relationship with the family. Method. A descriptive transversal study in which there has been a review of studies focusing on communication skills in nursing and the family. Results. We obtained different skills and strategies that have been classified into several categories, which are the communication skills for health, strategies to facilitate comprehension and recall of health messages and finally are the gestures and postures of nurses. This study concludes referring to the skills, strategies and gestures of the most outstanding nurses to perform effective communication with family members, such as some empathy, the use of information intelligible, clear and concise and appropriate to the level of sociocultural family, as well as intonation, volume and pace appropriate voice or nonverbal communication, such as body posture, facial expression or gaze.

Key words: Social communication, nursing, family

* Correspondencia: rakeliya_capry_89@hotmail.com

Introducción

La enfermería es una disciplina de la rama sanitaria en la cual, al igual que ocurre con las demás de la misma, como bien dicen Peñacoba, Ardoy, González, Moreno & Martínez (2003), resulta tan importante dominar las habilidades sociales como dominar las técnicas específicas de dicha profesión y es por ello en donde la relación interpersonal forma parte de su quehacer diario.

Es por ello que debido a su elevada importancia, debemos hacer referencia que desde mediados de los años setenta y hasta nuestros días, la psicología presta gran interés, bajo la etiqueta de habilidades sociales, a una dimensión social del comportamiento humano que, con otros nombres, ya era estudiada por la psicología social desde los años treinta según cita Eceiza, Arrieta & Goñi (2008).

Sin embargo siguiendo a estos mismos autores, no es hasta la década de los setenta cuando el término habilidades sociales se consolida, se delimitan sus bases teóricas y conceptuales y se genera un volumen bastante amplio de investigación dirigida tanto a la evaluación como al diseño y aplicación de programas de intervención para la mejora de dichas habilidades interpersonales (Eceiza, Arrieta & Goñi, 2008).

Según el autor Caballo (2007) las habilidades sociales constituyen un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Siguiendo a Caballo (2007), tras una revisión realizada por el mismo acerca de 90 estudios realizados entre los años 1970 y 1986 sobre las habilidades sociales se citan a continuación los componentes de las habilidades sociales planteados por el psicólogo:

Componentes conductuales:

- Comunicación no verbal: expresión facial, mirada, gestos, proximidad, tono postural y apariencia.
- Comunicación paralingüística: volumen de voz, inflexiones, tono, claridad, ritmo, fluidez y perturbaciones del habla.
- Comunicación verbal: duración, generalidad, formalidad, variedad, humor y turnos de palabras.

Componentes cognitivas:

- Percepciones sobre el ambiente de comunicación: percepciones de formalidad, percepciones de un ambiente cálido, percepciones del ambiente privado, percepciones de restricción y percepciones de la distancia.
- Variables cognitivas del individuo: competencias cognitivas, estrategias de codificación y constructos personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos y sistemas y planes de autorregulación.

Siguiendo a Marriner (2003), las habilidades de comunicación reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas, los familiares.

Es por ello que hemos considerado adecuado definir la palabra comunicación, basándonos en el diccionario de la Real Academia, en el libro de Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud del enfermero y psicólogo Luis Cibanal y del artículo de la revista ARS Médica el cual se titula "¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?".

Así, comunicación, según el diccionario de la Real academia de la lengua española, significa "Acción y efecto de comunicar o comunicarse", a su vez comunicar significa "Hacer a otro partícipe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo".

Además, la palabra comunicación, según el autor Cibanal, Arce & Carballal (2010, p. 6), en su libro Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud, la define como un "Proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variables y continuamente en interacción. O, dicho de manera más clara: por una parte, como una manifestación de cómo yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al decirte esto. Y por otra parte tú, como receptor, me reflejes (feedback) lo que has captado de lo que yo, como emisor, te acabo de decir, tanto respecto al contenido, al sentimiento y la demanda como a lo que has captado con el lenguaje no verbal"

Para terminar con la definición de comunicación, según el artículo de "¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?", define la comunicación como "proceso que permite a las personas intercambiar información sobre sí mismas y su entorno a través del signo, sonidos, símbolos y comportamientos" (Astudillo & Mendinueta, 2005).

En cuanto a la comunicación interpersonal, añadir que al relacionarnos con los demás utilizamos dos tipos de comunicación como bien explican Lucía, Arranz & Aguado (2008) en su libro de "Programa de entrenamiento en habilidades en comunicación":

- Comunicación verbal: supone el contenido del mensaje y éste mediante una lengua con estructura sintáctica o gramatical o con una lengua con un código de signos (lenguaje de signos).
- Comunicación no verbal: supone el acompañamiento o no de la palabra y ésta es expresada mediante el cuerpo y señales de voz entre otras.

Así, concluir con esta pequeña introducción sobre las habilidades comunicativas en los profesionales de enfermería y proceder seguidamente a reflejar los objetivos por los cuales decidimos iniciar dicho estudio.

Objetivo general:

Realización de una revisión bibliográfica sobre las habilidades sociales en enfermería, centrado en la comunicación con los familiares.

Objetivos específicos:

- Determinar aquellas habilidades sociales para la comunicación en salud.
- Conocer las estrategias verbales y no verbales para facilitar la comprensión y la relación con el familiar.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal basado en la revisión bibliográfica de estudios que tratan el tema sobre las habilidades sociales en enfermería, en concreto sobre el papel que juega el componente de la comunicación centrado en el familiar.

Para la realización de dicho estudio y su consecuente recogida de datos se han utilizado las bases de datos LILACS y CUIDEN plus, las cuales han sido escogidas por los autores por ser éstas unas de las bases de datos más utilizadas en ciencias de la salud. La búsqueda bibliográfica se realizó durante el último trimestre del año 2010 y el primer trimestre del año 2011.

Procedemos a presentar las palabras clave y descriptores, los cuales hemos considerado oportunos en relación al tema objeto de estudio, en las que se ha circunscrito la búsqueda en LILACS y el número de resultados obtenidos han sido:

- Comunicación (descriptor del asunto): 1244 artículos.
- Comunicación social (descriptor del asunto): 56 artículos.
- Comunicación (descriptor del asunto) and familiares (palabra título): 14 artículos.
- Comunicación (descriptor del asunto) and efectivo (palabra título): 4 artículos.
- Relaciones interpersonales (descriptor del asunto): 1381 artículos.
- Relaciones interpersonales (descriptor del asunto) and enfermera (palabra título): 4 artículos.
- Relaciones profesional-familia (descriptor del asunto) and comunicación (descriptor del asunto): 25 artículos.

Las palabras clave y descriptores en las que se ha circunscrito la búsqueda en CUIDEN plus y sus resultados han sido:

- Comunicación (palabras clave) and profesional de enfermería (palabras clave): 129 artículos.
- Habilidades sociales (palabras clave): 55 artículos.
- Habilidades sociales (palabras clave) and enfermería (palabras clave) and familia (palabras clave): 3 artículos.
- Enfermería-familia (palabras clave) and habilidades (palabras clave) and comunicación (palabras clave): 2 artículos.

Tras la búsqueda de artículos relacionados con el tema a tratar, se procedió a realizar una lectura global de todos y análisis en profundidad de cada uno de ellos.

Los límites de selección de las publicaciones han sido, que posean la característica de texto completo y que las mismas contengan información sobre habilidades sociales y comunicación del profesional de enfermería con los familiares.

Los criterios de exclusión de las publicaciones han sido por no encontrarse las mismas a texto completo y por no contener información relacionada con las habilidades sociales y las estrategias de comunicación.

A su vez, decir que hemos encontrado un gran número de publicaciones sobre el tema a tratar pero no las hemos podido seleccionar por no encontrarse a texto completo y en consecuencia no poder acceder a ellas.

Resultados

Los resultados hallados tras haber realizado la búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio han sido agrupados en tres categorías, siguiendo nuestro tema objeto de estudio y utilizando como guía para su categorización los objetivos específicos propuestos para dicho estudio. Tales categorías han surgido de la revisión bibliográfica realizada.

Así, las categorías empleadas para clasificar los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica han sido, en primer lugar las Habilidades para la comunicación en salud, en segundo lugar las Estrategias para facilitar la comprensión y el recuerdo de los mensajes de salud y en tercer lugar se encuentra la categoría denominada como Gestos y posturas de los profesionales de enfermería.

Habilidades para la comunicación en salud

La empatía supone una de las habilidades para la comunicación con los familiares y ello se manifiesta mediante la comprensión empática, es decir, poder comprender y experimentar acontecimientos o pensamientos desde la posición del otro.

El uso de la empatía para poder comprender el estado emocional de la familia y la enfermedad del paciente.

La cordialidad es otra habilidad que se consigue mediante un compromiso personal y un esfuerzo por comprender la situación de sufrimiento del familiar.

Usar en nuestra comunicación la autenticidad y la tolerancia.

La educación y el respeto en la manera de expresarnos y actuar garantizan que la comunicación sea eficaz.

Dirigirse a los familiares con respeto, evitando ironías, humillaciones y burlas.

Ofrecer una comunicación participativa para fomentar la comunicación entre el profesional y la familia.

Uso de palabras de comprensión pero sin mostrar en la comunicación pena ni piedad.

Y por último, una de las habilidades encontradas consiste en **escuchar atentamente** realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar.

Estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud.

Las estrategias para facilitar la comprensión consisten en comunicar la información de forma **veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando los tecnicismos y con un vocabulario accesible.**

Una estrategia para que los familiares recuerden los mensajes consiste en **ejemplificar los mensajes de salud cercanos al individuo** para que así pueda recordarlos en un futuro.

Otra estrategia consiste en la utilización de una **expresión oral clara, directa, evitando ambigüedades y suspicacias.**

Así se podrá facilitar la comprensión a los familiares empleando expresiones adecuadas al contexto sociocultural de los mismos para que éstas sean entendidas. →ponerlo en conclusiones

Además se han de analizar **las ideas antes de comunicarlas y valorar el propósito del mensaje.**

Ofrecer al comunicarnos **frases sencillas y concretas.**

Utilización de un lenguaje sencillo adaptado al nivel sociocultural de los familiares.

Repetir los conceptos claves para que sean comprendidos y recordados con facilidad por los receptores.

Otra estrategia consiste en la **observación** realizada a los familiares para poder realizar mediante esta acción una explicación o repetición de forma diferente en caso de no ser entendido el contenido de la información.

Otra estrategia que influye en la comunicación verbal consiste en escoger un **ritmo adecuado para hablar**, el cual no deberá de ser ni muy rápido ni muy lento.

Y en cuanto al tono de voz empleado se ha de utilizar un **tono de voz adecuado**, ya que un volumen muy alto condiciona cierto rechazo e impresiona agresivamente por parte del receptor y en cambio un volumen muy bajo impide ser comprendido y aparenta inseguridad y temor.

Por último para facilitar la comprensión se ha de asegurar la **retroalimentación** con el interlocutor mediante la realización de un feed-back.

Gestos y posturas de los profesionales de enfermería

Durante la comunicación con los familiares, debemos ser conscientes que con la utilización de diversos gestos se puede tranquilizar a los familiares y ofrecerles un apoyo emocional, como ocurre con el contacto físico mediante la utilización de nuestras manos puestas en su hombro, con una presión de manos o con una simple mirada.

En todo momento se ha de **mantener el contacto visual** con los familiares.

Establecer una adecuada expresión facial, es decir sin gesticular en el momento en el cual estemos escuchando.

Mantener una adecuada actitud y apariencia física, controlando la cercanía o alejamiento corporal con los familiares ya que no hay que realizar ninguna de estas dos opciones.

Al comunicarnos con los familiares debemos de mantener una adecuada **postura corporal**, es decir, realizando una ligera inclinación del tórax y cabeza en dirección a los familiares y con las manos extendidas hacia ellos para mostrar interés sobre lo que refieren del estado de salud de sus familiares y sobre lo que quieren conocer.

Realizar asentimientos con la cabeza para demostrar que los estamos escuchando.

Para mostrar el interés por lo que los familiares comunican, debemos mostrar los ojos bien abiertos, con las cejas levantadas ya que éstos suponen gestos de confianza.

Para garantizar que la información que les ofrecemos a los familiares sea efectiva y recordada se han de utilizar **gestos ilustrativos**, es decir seguir explicando tras la información verbalmente ofrecida a los familiares y mediante la comunicación no verbal tales gestos como por ejemplo que el paciente lleva colocado el suero en tal mano, es por ello que para favorecer el entendimiento se procede a señalar en qué mano está situado el mismo.

Otros gestos que se pueden realizar durante la comunicación son los **gestos emblemáticos**, los cuales son por ejemplo aquellos empleados para facilitar la comprensión de que su familiar lleva colocada una sonda vesical, para lo cual se procederá a señalar con los dedos de la mano hacia abajo y extender el brazo simulando la salida de fluidos

Discusión y conclusiones

Tras haber realizado la revisión bibliográfica y en base a los resultados obtenidos debemos decir que las Habilidades Sociales, constituyen un papel fundamental y estrechamente relacionado con las comunicaciones interpersonales en el ámbito profesional de la enfermería, ya que

estamos continuamente en contacto y en relación con el paciente, con el familiar y con los demás profesionales que nos rodean.

Es por ello que esta situación contribuye a que tengamos que estar en una continua interacción con los demás, en la que se expresan un conjunto de habilidades sociales o estrategias que facilitan la relación interpersonal con los familiares, los cuales consideramos como reflexión global a lo leído, que para el profesional de enfermería entre otros profesionales sanitarios y con ello en el ámbito de la salud se presenta o tiende a percibirse como el “gran olvidado”, predominando en la mayoría de las situaciones sanitarias la figura del paciente y en un segundo plano la figura familiar. Especificando así, que no consideramos que el paciente tenga menos importancia en el proceso de salud la cual le pertenece a él principalmente y unido a ello se encuentran los familiares.

Los familiares como bien apuntan Astudillo & Mendinueta (2005), son esenciales por ello es necesario una eficaz comunicación con los familiares reduce los sentimientos de aislamiento del enfermo y contribuye a favorecer y fortalecer una dinámica familiar más adaptativa. Además es importante la comunicación con los mismos para hacerlos partícipes del cuidado de su familiar.

Así, debemos hacer referencia a que se puede producir un cambio conductual en el paciente o en la familia, para transmitir de manera adecuada alguna noticia o situación conflictiva de la forma más respetuosa, cordial y evitando futuros conflictos, para así poder lidiar con el día a día de situaciones estresantes y límite, tanto de los profesionales como de los familiares (Marín & León, 2001), los cuales se pueden llegar a sentir y de hecho se siente en muchas ocasiones desprotegidos de información, de apoyo, y de ayuda ante situaciones graves de enfermedad de sus familiares lo cual les lleva a sentirse impotentes de no poder ayudar a su familiar.

Conforme con lo anteriormente expuesto y en base a los resultados obtenidos decir que por dicha causa, la enfermería ha de estar formada académicamente para enfrentarse a todo tipo de relaciones interpersonales y entre sus herramientas básicas de trabajo ha de existir la facilidad del uso de técnicas de comunicación y habilidades sociales como la empatía. (González, 2007; Marín & León, 2001; Queiroz, Watanabe, Vieira & de Oliveira, 1998).

Hacer referencia a otro resultado de gran importancia en las habilidades de comunicación, el cual es necesario y de gran importancia para llevar a cabo la habilidad empática anteriormente citada, la cual consiste en escuchar atentamente realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar (Aguirre, 2005; Astudillo & Mendinueta, 2005; Blanca, Blanco, Luque & Ramírez, 2008; Cibanal, Arce &

Carballal, 2010; Guibert, Grau & Prendes, 1999; Marqués, Silva & Maia, 2008; Toledo & Torres, 2005).

Por último resulta de gran relevancia para facilitar la comprensión que se asegure y garantice una correcta retroalimentación con el interlocutor mediante la realización de un feed-back (Aguirre, 2005; Astudillo & Mendinueta, 2005; Blanca, Blanco, Luque & Ramírez, 2008; Cibanal, Arce & Carballal, 2010; Guibert, Grau & Prendes, 1999; Marqués, Silva & Maia, 2008; Toledo & Torres, 2005).

Hemos de concluir, en vista de los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar de las habilidades sociales de los profesionales de enfermería en su comunicación con los familiares, que para realizar de forma eficaz y efectiva la profesión enfermera se han de tener consolidados en el conocimiento de cada profesional las habilidades sociales y estrategias para realizar una óptima y eficaz comunicación interpersonal.

Es por ello que al trabajar los profesionales de enfermería con seres humanos y al ser éstos cambiantes y cada uno de ellos único se ha de estar preparado y adiestrado para poder así comunicar de forma eficaz lo que queremos transmitir y que los demás lo comprendan tal y como queremos que sean entendidas nuestras palabras (Lucía, Arranz & Aguado 2008).

Puntualizar que ésa comunicación, como anteriormente hemos reflejado en el párrafo anterior, no es simplemente un intercambio de mensajes entre enfermera y paciente, es una acción que debe ser planificada e individualizada, y no realizarla sólo de forma intuitiva o impulsiva (Carvalho, Tigre & Costa 2008), ya que como muy bien afirman Astudillo & Mendinueta (2005) éstos definen la comunicación como un “proceso que permite a las personas intercambiar información sobre sí mismas y su entorno a través del signo, sonidos, símbolos y comportamientos” y expresar lo que son y satisfacer sus necesidades (Carvalho, Tigre & Costa 2008), por lo tanto, es por todo ello que consideramos que, en cada acercamiento y contacto con los familiares, el profesional de enfermería, ha de ser consecuente y responsable de sus actuaciones ya que vamos a estar realizando un continuo intercambio de información, percepción y sentimientos en cada contacto con los mismos, y ello implica que nuestras actuaciones no se han de dejar a la improvisación y si debemos de meditarlas para así influir de la forma más positivamente posible en las actuaciones de nuestro paciente al encontrarse éste íntimamente unido a los familiares.

Así, al ser cada persona diferente y única, debemos manejar a la perfección todas aquellas habilidades y estrategias sociales para que la comunicación se desarrolle de la manera más fructífera dentro de las posibilidades de cada profesional.

En consecuencia, debemos tener en cuenta y por ello lo hemos explicado anteriormente que los profesionales de enfermería han de ser coherentes, consecuentes y responsables de sus actuaciones ya que son los receptores de confianzas, dudas y preguntas sobre la información que los familiares reciben y tienen sobre el proceso de salud de su familiar, y ser coherente como bien afirma Neil (2003, p. 149) "*implica ser honesto y auténtico*" con uno mismo y no los demás. De dicha revisión bibliográfica también hemos determinado la necesidad de realizar programas de entrenamiento en los profesionales de enfermería para mejorar dichas habilidades necesarias en su praxis enfermera como bien dicen Marín & León (2001).

Para finalizar con este estudio, decir que la búsqueda de dichos estudios, ha sido orientada y centrada en el papel existente entre un profesional de enfermería y los familiares, pero afirmar que todas éstas habilidades y estrategias se pueden extrapolar a cualquier ámbito de la vida personal y profesional, es decir se pueden practicar éstos recursos tanto con los compañeros de trabajo, con los pacientes, con nuestra pareja, hijos, nuestros familiares etc.

Añadir que consideramos necesario para el fortalecimiento de la profesión enfermera que se siga investigando en este campo tan importantísimo de la comunicación interpersonal ya que ello supone el día a día de todo profesional sanitario y en concreto de la enfermería, con lo que ha de estar superando jornada tras jornada durante su desempeño profesional.

Referencias

- Aguirre Raya, D (2005). *Reflexiones acerca de al competencia comunicativa profesional*. Educ. Med. Sup.Vol 19 (3).
- Astudillo, W. & Mendinueta, C (2005). *¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?*. ARS Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11. Universidad Católica de Chile.
- Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M & Ramírez Perez, M.A. (2008. Febrero). *Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos*. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería: Enfermería Global.Vol.12 , 1-14.
- Caballo Vicente, E. (2007). *Las habilidades sociales: un marco teórico*. En Caballo Vicente, E. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7.ed.)* (págs. 5-6). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo Vicente, E. (2007). *Los elementos componentes de la habilidades sociales*. En Caballo Vicente, E. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7. ed.)* (págs. 19-90). Madrid: Siglo XXI.
- Carbalho Pontes, A., Tigre Arruda, I.M & Costa Ramos, I (2008. Maio/Jun). *Comunicação terapeutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). Vol.61(3) , 312-318.
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, MdC & Carballal Balsa, MdC (2010). *Generalidades sobre la comunicación*. En Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, MdC & Carballal Balsa, MdC. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (2.ed)* (pág. 6). España: Elsevier
- Diccionario de la lengua de la Real Academia Española. Consultado el día 9 de febrero de 2011 de la World Wide Web:
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=comunicación
- Eceiza, M., Arrieta, M & Goñi, A (2008). *Habilidades sociales y contextos de la conducta social*. Revista de Psicodidáctica. Vol. 13(1) , 11-26.
- González, Ortega, Y (2007. Octubre). *La enfermera experta y las relaciones interpersonales*. Aquichan. Vol.7 (2).Colombia, 130-138.
- Guibert Reyes, W., Grau Abalo, J & Prendes Labrada, MdC (1999). *¿Cómo hacer más efectiva la comunicación en salud en atención primaria?*. Revista Cubana Med. Gen. Integr. Vol. 15 (2) , 176-183.
- Lucía Martínez, B., Arranz Monje, V & Aguado García, D (2008). *Habilidades de comunicaión. Programa de entrenamieto*. Madrid: Ediciones: Universidad Autónoma de Madrid.

- Marín Sánchez, M. & León Rubio, J.M (2001). *Entrenamiento en Habilidades Sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería*. Psicothema. Vol.13 (2) , 247-251.
- Marques Cristina, R., Silva Paes, M.J. & Maia Motta, F.O (2009 jan/mar). *Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva*. Rev. Enferm.UERJ, Río de Janeiro. Vol 17 (1), 91-95.
- Marques Cristina, R., Silva Paes, M.J. & Maia Motta, F.O. (2008). *Comunicación efectiva con familiares de cuidados en pacientes críticos: opinión de los profesionales de salud*. Enfermería Herediana. Vol.1 (2), 65-70.
- Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería (5 ed.)*. España : Elsevier Science. Mosby.
- Neil, R. (2003). Filosofía y Ciencia del cuidado . En Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. *Modelos y teorías en enfermería (5 ed.)* (págs. 145-164). España: Elsevier Science. Mosby.
- Peñacoba Puente, C., Ardoy Cuadros, J., González Gutiérrez, J. L. Moreno Rodríguez, R. & Martínez Palacios, G. (2003). *Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería. Propuesta de un instrumento de evaluación (ISEC)*. Revista Clínica y Salud. Vol.14 (2), 129-155.
- Queiroz Bezerra, A. I, Watanabe Dal Ben , L., Vieira Camargo, M.N & De Oliveira Pinheiro, V.F (1998. Agosto). Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva(UTI). *Esc.Enf. USP. Vol 32 (2) , 134-139*.
- Toledo Fernández, A.M & Torres Pérez, E.M. (2005. sept/ dic). *Comunicación social en salud*. Rev. Cuba. Med. Ger. Integr. Vol.21 (5-6), 1-5.

Revisiones

Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria

Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care

Alberto Blázquez-Manzano^{1*}, Sebastián Feu-Molina², Eulalio Ruíz-Muñoz³, Juana María Gutiérrez-Caballero⁴

¹ Programa Dinamización Deportiva. Junta de Extremadura. ² Facultad de Educación. Universidad de Extremadura. ³ Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Salud y Política Social. Junta de Extremadura. ⁴ Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Fecha de recepción: 20/03/2012 – Fecha de aceptación: 01/06/2012

Resumen

Este artículo tiene como finalidad conocer los aspectos que influyen en el contexto comunicacional de la relación de los profesionales sanitarios de atención primaria (médico y enfermero) en consulta y que influyen en la satisfacción de los pacientes, así como en el cumplimiento terapéutico, entre otros aspectos. Se realizó un estudio teórico a través de una revisión de la literatura, utilizando los meta-buscadores de la base de datos PubMed y de revistas especializadas. En el trabajo se proponen estrategias de persuasión y una guía de intervención para mejorar dicha relación, haciendo énfasis en la conducta no verbal, que permita una mayor eficiencia en la información transmitida por estos profesionales, teniendo en cuenta el limitado tiempo del que se dispone en las consultas. La optimización de la comunicación interpersonal médico-usuario, o enfermero-usuario, conduce a una mejora en la atención en salud, incluidos el diagnóstico y el tratamiento. Por ello debe promocionarse la adquisición y puesta en práctica de habilidades en comunicación interpersonal entre los profesionales de atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria; comunicación; paciente; médico; enfermero; lenguaje no verbal; persuasión.

Abstract

This article aims to understand the aspects that influence the communicative context of the relationship of primary care health professionals (physicians and nurses) in consultation and influencing patient satisfaction and treatment adherence, among other aspects. Theoretical study was conducted through a literature review, using meta-search of the PubMed database and journals. The paper proposes strategies of persuasion and intervention guidelines to improve this relationship, focusing on nonverbal behavior, allowing greater efficiency in the information provided by these professionals, taking into account the limited time available in which queries. Optimizing the user-physician interpersonal communication, or nurse-user, leading to improved health care, including diagnosis and treatment. Therefore must promote the acquisition and implementation of interpersonal communication skills among primary care professionals.

Key words: primary care; communication; patient; doctor; nurse; nonverbal language; persuasion.

* Correspondencia: albertoblazqu50@gmail.com

Introducción

La atención primaria debe estar orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (Declaración de Alma-Ata, OMS, 1978).

Resulta necesario conocer los recursos del entorno para lograr un mayor trabajo en red comunitario (Blázquez, Ruíz y Gutiérrez, 2009). Este enfoque de intervención multidisciplinar permite situar a los equipos de atención primaria como agentes comunitarios coordinados con otros profesionales del área social y por tanto poniendo el énfasis no sólo en el diagnóstico-tratamiento sino también en la prevención-rehabilitación, pasando de llevar a cabo asistencia sanitaria a realizar mucho más: atención sanitaria.

Durante mucho tiempo, la relación facultativo-usuario/enfermero-usuario ha sido la base de los equipos de atención primaria, que se ven optimizados con el trabajo de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, permitiendo con ello el abordaje integral e integrado de la salud. Un ejemplo de esa optimización es el Programa El Ejercicio Te Cuida que se desarrolla en Extremadura, a través de un trabajo multidisciplinar entre profesionales del ámbito sanitario y de las ciencias del deporte. Los resultados están demostrando que la práctica de ejercicio físico reduce en un 29% las consultas médicas (Gusi, Herrera, Quesada, Cebrián, y Campón, 2008; Gusi, Reyes, González, Herrera y García, 2008).

En los últimos años se está produciendo un aumento de estudios sobre la comunicación de los profesionales sanitarios con los usuarios (Bellón y Martínez, 2001).

Si se analizan los cambios más importantes que se están produciendo en el entorno de los centros de atención primaria de los Servicios Públicos se podrían citar los siguientes:

- Nuevo perfil del paciente (mayor nivel formativo, mayor exigencia de información, etc.)
- Relación del profesional con el usuario (facultativo-usuario/enfermero-usuario); derecho a conocer el nombre y titulación de los profesionales, mayor exigencia de los pacientes en la defensa de sus derechos
- Necesaria relación con otros profesionales (Ley de Dependencia, Coordinación sociosanitaria, etc.)

- Aplicación de las nuevas tecnologías (consultas dotadas con equipos informáticos, receta electrónica, intranet, etc.)
- Aumento de los servicios privados (competidores/colaboradores de la sanidad pública)
- Importancia de la información (confidencialidad de datos, consentimiento informado, derecho a ser o no ser informado y a una segunda opinión, acceso a la historia clínica etc.)
- Énfasis en el rendimiento mediante la obtención de resultados que permitan medir la eficiencia de los servicios (limitación en los tiempos de consulta y de atención a pacientes)

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios de atención primaria esta nueva situación les exige un mayor esfuerzo en la elaboración de información (cuantitativa y cualitativa) y en la adaptación a las nuevas tecnologías. A esta situación se le añade la limitación temporal del encuentro con el usuario, sin olvidar en ningún momento que la finalidad última es la salud del usuario y su satisfacción. Es aquí donde la gestión del tiempo puede ser un factor clave en la satisfacción de los usuarios y trabajadores de la atención primaria.

La cultura occidental entiende el tiempo en sentido lineal, finito, valioso y fijo (Cladellas, 2009). Una escasa posibilidad de gestión del tiempo puede ser un factor psicosocial en el trabajo generando menor satisfacción en el mismo, peor salud general y mental, además de síntomas conductuales y sintomáticos de estrés (Cladellas, 2008).

Autores como Girón, Beviá, Medina y Simón (2002) señalan que la baja calidad en los servicios sanitarios centrada en la relación médico-paciente en atención primaria, se debía al escaso tiempo de consulta, además del exceso de carga asistencial, la ausencia de recursos específicos, la necesidad de formación, el conflicto con pacientes difíciles y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico.

Bellón (1997) con la finalidad de reducir las visitas a las consultas de atención primaria y poder disponer de mayor tiempo en la atención, propone tres acciones: aumentar la capacidad resolutoria del profesional, disminuir la necesidad y predisposición de los pacientes para utilizar estos servicios y optimizar la eficiencia de la organización. De igual modo, otra de las formas de lograr esta reducción de tiempo es conseguir una mayor destreza y competencia en tareas burocráticas (Bellón, Molina y Panadero, 1995).

Las nuevas tecnologías son un medio fundamental para realizar una gestión adecuada de los tiempos en atención primaria, permitiendo oportunidades de trabajo en red y de reducción de consultas mediante la implantación de lo que se ha venido en llamar la "e-salud" a través de acciones como las recetas electrónicas y otras medidas similares.

La diferenciación de un equipo de atención primaria, sea público o privado, respecto a otros, se centra cada vez más en el desarrollo de capacidades que sean difíciles de imitar, sostenibles en el tiempo y que permitan no sólo informar al paciente sino garantizar que han comprendido dicha información. Estas capacidades, este saber hacer o know how, surge de las propias personas que forman parte de los equipos de atención primaria ya que son las que lo implementan en base a sus conocimientos y experiencias previas.

El objetivo del presente artículo es estudiar los aspectos que condicionan la comunicación interpersonal y que pueden utilizar los profesionales de atención primaria de salud para mejorar la satisfacción de los usuarios, así como las técnicas y protocolos para su aplicación, centrandolo las mismas en la entrevista que se desarrolla en la consulta en atención primaria. Una de las principales limitaciones para la puesta en marcha de esos aspectos y técnicas es la escasez de tiempo para la realización de la entrevista clínica en las consultas de atención primaria.

Fundamentación

La satisfacción del usuario de Atención Primaria

No existe consenso en la literatura científica sobre el concepto de satisfacción, especialmente en cuanto al momento en que se produce (Giese y Cote, 1999; Oliver, 1999; Peterson y Wilson, 1992). Estas discrepancias se deben a la naturaleza de la respuesta o estado de satisfacción, a los elementos que intervienen en su formación y al momento en el que se produce dentro de la prestación del servicio (Giese y Cote (1999). Por el contrario, el concepto de insatisfacción ha mostrado un menor interés en la literatura, debido al enfoque unidimensional compartido por la mayoría de investigadores que consideran que se trata de una variable bipolar formada por diferentes grados ubicados dentro de un continuo delimitado por dos polos opuestos: satisfacción e insatisfacción (Spreng, Mackenzie y Olshavsky, 1996; Oliver, Rust y Varki, 1997; Mittal, Kumar y Tsiros, 1999).

Los dos enfoques principales que han estudiado el concepto de satisfacción se centran en el proceso y el resultado. Los estudios centrados en el proceso analizan la discrepancia entre las expectativas y la experiencia real (Tsé y Wilton, 1988; Johnson y Fornell, 1991; Cronin y Taylor, 1992; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1993). Por el contrario, los estudios centrados en el concepto de satisfacción como resultado lo refieren al estado psicológico que tendrían los pacientes en este caso, como consecuencia de su experiencia en consulta u otra actividad realizada (Howard y Shelth, 1969; Churchill y Surprenan, 1982; Oliver, 1993; Martínez-Tur, Peiró y Ramos 2001), asociándolo en muchas ocasiones con la calidad percibida del servicio (Bitner, 1990; Bolton y Drew, 1991, Boulding, Kalra, Sataelin y Zeithaml, 1993).

Para poder entender el concepto de satisfacción, es preciso definir previamente otros términos tales como el de necesidad y emoción; ya que para que pueda darse la satisfacción es necesario que se cubran una serie de necesidades asociadas a un sentimiento de privación (Sánchez, 2000). Por otro lado, la emoción sería el sentimiento subconsciente ante la posibilidad de satisfacer dicha necesidad (Maddock y Fulton, 1996). Este último término, el de emoción, ha cobrado especial relevancia en la literatura científica a partir de los estudios sobre la inteligencia emocional (Goleman, 1995; Salovey y Mayer, 1990).

El modelo de habilidad de Salovey y Mayer (1990), relativo a la inteligencia emocional, podría tener aplicación en atención primaria teniendo en cuenta los componentes que lo forman:

- Percepción y expresión emocional: consiste en reconocer de forma consciente nuestras emociones, identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
- Facilitación emocional: consistente en generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- Comprensión emocional: consiste en integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y considerar la complejidad de los cambios emocionales.
- Regulación emocional: centrado en dirigir y manejar las emociones, tanto positivas como negativas, de forma eficaz.

Basándose en los componentes de la inteligencia emocional de Salovey y Mayer (1990), autores como López-Pérez, Fernández-Pinto y Márquez-González (2008), señalan que en la edad adulta sería preciso centrar el trabajo educativo en la regulación emocional y en la vejez además de lo anterior en el reconocimiento y facilitación emocional. Un ejemplo de lo anterior son los casos que suelen presentarse en consultas con pacientes mayores que presentan dificultades para expresar la sintomatología siendo los propios acompañantes los que complementan dicha información, evidenciando las dificultades de facilitación emocional. En la vejez se aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza o miedo (Vasiliki y Louise, 2008), además de la habilidad para integrar cognición y emoción (Heckman y Blanchard-Fields, 2008).

Comunicación con el usuario en la atención primaria

La comunicación puede definirse como el conjunto de los procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas (emisor/es con receptor/es), con el objetivo de alcanzar determinados objetivos (Anzieu, 1971).

Si se analizan con detalle los diferentes elementos que intervienen en este intercambio, que es la comunicación, podemos distinguir los siguientes (Ongallo, 2000): los datos (elementos brutos de

la información), la información (elaborada a partir de los datos, transmitida por el emisor al receptor y susceptible de generar cambios en el receptor por su significatividad) y la comunicación propiamente dicha (como sucesión de intercambios de información).

Reflexionar sobre la cuestión de la comunicación conlleva el desarrollo de un buen diagnóstico previo (Cobiellas, Becerra, Morales y Mariño, 2011), para tomar conciencia de diferentes acciones a mejorar: mecanismos y flujos de comunicación (ascendente, descendente y horizontal), diseño de sistemas que permitan mejorar los flujos de información (interna o externa) y la creación de procedimientos de coordinación que aseguren la transmisión correcta y fluida.

Este contexto exige de los profesionales de medicina y de enfermería de atención primaria una comunicación óptima con el usuario que, por un lado permita completar la información del historial del mismo y por otro favorezca una atención más eficiente aglutinando los factores psicosociales dentro de su análisis. Entender que la información es un medio y no un fin es un aspecto clave para la satisfacción de los usuarios. Por ello, se requiere que estos profesionales conozcan los principios básicos que rigen la atención y motivación humana para aplicar técnicas que permitan mejorar la comunicación, gestión del tiempo y satisfacción de los usuarios.

En la práctica médica es esencial la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente (Travalline, Ruchinskas y D'Alonzo, 2005). Las palabras, por sí solas, quieren decir cosas, pero la forma de emitir las (gestos, miradas, tonos, contexto, posturas corporales, etc.), determina completamente el contenido del mensaje y, en consecuencia, la repercusión del mismo (Llacuna, 2000).

La mejora de la comunicación médico-paciente se ha relacionado con una mayor participación en las decisiones (Starfield, et al., 1981), mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Robbins, et al., 1993), mayor adherencia a los tratamientos (Prados, 1992) y mayor satisfacción profesional (Roter, et al., 1997).

Teniendo en cuenta lo anterior y en aplicación a las consultas de atención primaria, se hace especialmente importante el control del lenguaje verbal y corporal en aras a generar una atribución positiva en la mente del paciente y en caso de ser negativa, estar preparados para gestionar adecuadamente las conductas emocionales posteriores, ya que incidirán en la acción posterior del mismo: queja-abandono o fidelización.

Problemática en la comunicación profesional sanitario-usuario

El sistema cognitivo de los seres humanos se encuentra limitado por la motivación o el tiempo necesario para llevarlas a cabo con un modelo normativo. En vez de ello, lo habitual es recurrir a reglas simples que nos permiten hacer inferencias adecuadas cuando no tenemos ni el tiempo,

ni el interés para hacerlo. Estos atajos mentales que se emplean en la simplificación de los problemas cognitivos, transformándolos en operaciones más sencillas, se denominan heurísticos (Tversky y Kahneman, 1974). Así, cuando un paciente llega a consulta, lo primero que percibe aparte del aspecto físico del profesional y del entorno, es su expresión facial, postura, distancia que mantiene, su mirada, etc.; y esta información no verbal permite hacer inferencias rápidas que condicionarán la forma de interactuar con la misma (Gaviria, Cuadrado y López, 2009).

La confianza es imprescindible en la relación médico-paciente. La propia vulnerabilidad de los pacientes y su necesidad de atención les fuerza a confiar en el criterio de los médicos (Chin, 2001). De hecho Besing, Roter y Hulsman (2003) señalan que “el consenso de los estudios es que centrar la atención en el paciente implica sentar el diálogo terapéutico más en un paradigma psicosocial que biomédico, con compromiso activo del paciente en ese diálogo, siendo el médico abierto y sensible a la agenda y perspectivas del paciente, incluyendo evocar intereses, expectativas y preferencias de tratamiento, y establecer relación emocional”.

La bibliografía pone de manifiesto varias dificultades en el momento de la entrevista en atención primaria. Los pacientes perciben dificultades de comunicación con los profesionales y escaso tiempo de atención en las consultas (Girón, et al., 2002). Entre las posibles deficiencias en la entrevista médica clásica se encuentra comenzar el interrogatorio por los antecedentes patológicos y obtener la información a través de preguntas cerradas, limitando la expresión abierta del paciente y no abordando por tanto aspectos psicológicos y sociales (Moreno-Rodríguez, 2000). El informe Kalamazoo II relaciona de manera directa la comunicación efectiva con una mayor satisfacción médico-paciente, adherencia a los planes de tratamiento, decisiones médicas más adecuadas, mejores resultados de salud, disminución de la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria y con la información y educación del público (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly y Frankel, 2001).

Otra posible problemática que puede aparecer son las dificultades en identificar señales no verbales, necesidades psicosociales de los pacientes, manejo de emociones y aseguramiento del compromiso del paciente al tratamiento (Sogi, Zabala, Oliveros y Salcedo, 2006). Autores como Robinson y Roter (1999) proponen que el abordaje psicosocial requiere de 3 a 6 minutos más de consulta. Otros autores como Bellón y Martínez (2001) señalan que aunque se consumiera más tiempo de entrevista, se trataría de una inversión de futuro que a la larga reduciría la utilización de las consultas por parte de los pacientes. Tanto es así que autores como Jackson y Kroenke (1999) han podido demostrar que la actitud médica en el abordaje de los problemas psicosociales influía en el número de visitas de los pacientes difíciles. Las consecuencias de la no identificación de los aspectos psicosociales pueden llevar a errores en el diagnóstico y/o en la comunicación del diagnóstico y tratamiento (Ridsdale, et al, 1994).

Por último, la continuidad de un mismo profesional genera una menor probabilidad de utilización de consultas en atención primaria ya que estabiliza la relación médico-paciente (Weiss y Blustein, 1996).

Discusión

A continuación se realiza un análisis del intercambio comunicacional médico-usuario/enfermero-usuario en la consulta de atención primaria teniendo en cuenta no sólo el lenguaje verbal sino también el corporal siguiendo las propuestas de Travaline, et al. (2005).

Es importante tener en cuenta que la conducta no verbal se manifiesta a través de cinco dimensiones: kinestias (gestos, movimientos corporales, etc.) paralenguaje (forma en que decimos las cosas: voz, silencios...), proxemia (uso del espacio social y personal), factores ambientales y la percepción del uso del tiempo (puntualidad, momento de iniciar la conversación o los temas, etc.). Rodríguez (2004) establece ligeras variaciones: la cinésica (incluye también las expresiones faciales y la mirada o el movimiento de los ojos), la proxémica, el paralenguaje, el tacto y los factores físicos y ambientales (matizan el mensaje).

Inicialmente cuando un paciente entra en consulta éste se muestra mediante sus aspectos externos tales como la postura, vestimenta, etc.; que permite elaborar algunas hipótesis al profesional de atención primaria, sin poder afirmar a qué conducta corresponde ya que esta información deberá contrastarse con el resto de información, prestando especial atención a las contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal. Estos aspectos son importantes debido a que la razón suele comunicarse a través de las palabras, siendo las emociones las manifestadas por las características de la voz y del lenguaje corporal.

Observando la distribución de los espacios de la consulta se pueden deducir algunos aspectos que permiten establecer la línea divisoria psicológica entre el profesional de atención primaria y el paciente. Lo primero es que el paciente-usuario entra en la consulta del profesional y no a la inversa (caso que ocurriría en la atención domiciliaria). Otros elementos son la vestimenta del profesional (bata blanca, identificación y cualificación), la situación en el espacio y la decoración. Especial atención tiene la mesa con equipo informático que delimita el espacio interpersonal (proxemia). Todos estos aspectos sitúan el status del profesional sanitario como superior al del paciente.

Una vez que el paciente entra en la sala y teniendo en cuenta las delimitaciones psicológicas anteriores es momento de que el profesional promueva una mayor equidad en la relación a través de un saludo inicial con un apretón de manos (con fuerza moderada) tanto para hombres como para mujeres, estando dichas palmas perpendiculares al suelo. Aquí será clave también el manejo de la mirada que debe ser sostenida y directa sin desviarla mientras se saluda. En este punto debe recordarse que la sintonía emocional es el primer paso para ejercer la empatía (Alonso, Fuentes y Nuño 2008); y con la empatía podremos profundizar mucho en la comunicación.

Pasado este primer momento, cada interlocutor se ha situado en su ubicación; es momento de ofrecer al paciente las señales suficientes para generar confianza y provocar una mayor fluidez en los mensajes. Es por ello, que la introducción de datos informáticos o cumplimentación del historial, debería dejarse para el último momento y no realizarlo durante el momento en que el paciente informa (ya que se traduciría en interrupciones constantes). Lo ideal sería escuchar y hacer preguntas abiertas que promuevan una riqueza en la comunicación de aspectos psicosociales por parte del paciente (aplicando las conclusiones de Moreno-Rodríguez, 2000), manteniendo la mirada lo más posible. A partir de aquí y una vez finalizada la exposición del mismo, complimentar los datos y si es preciso volver a preguntar al paciente por datos importantes. De esta manera, se sentirá escuchado y las preguntas de recordatorio mostrarán el interés del profesional por precisar su análisis. Es importante preguntar, si el paciente no lo ha incluido en su discurso, cuestiones de su entorno que puedan afectar a su sintomatología; indicando con ello un abordaje más psicosocial teniendo en cuenta los resultados de Jackson y Kroenke (1999).

Algunos consejos corporales que indicarían atención por parte del profesional son inclinar la cabeza mientras el paciente habla, mantener el contacto visual, realizar movimientos lentos o acariciarse la barbilla. Es preciso evitar cruzar piernas o brazos, morderse los labios, jugar con bolígrafos, realizar tics (tocarse la oreja, la nariz, etc.) o realizar movimientos rápidos que indiquen o generen nerviosismo tanto en el profesional como en el usuario. El uso del ordenador debe minimizarse dando todo el protagonismo al paciente (Rodríguez, 2004). Un objetivo imprescindible es generar confianza al paciente, ya que es una de las fuerzas más vitales que sostiene la relación exitosa (Chin, 2001).

El siguiente paso sería la exploración (si se precisa) invitando al paciente al lugar donde se desarrollará y explicando en todo momento qué es lo que se va a hacer y para qué. Con esto se disminuye la ansiedad del paciente ante lo desconocido. Será importante gesticular lentamente, juntar las yemas de los dedos o mostrar las palmas de las manos para generar confianza.

Antes de explicar y detallar el diagnóstico y tratamiento sería preciso anotar las ideas más importantes que se desea que le queden claras al paciente teniendo en cuenta el cribaje selectivo de la información que se realiza aplicando los postulados de Kotler y Armstrong (2004). No menos importante es compatibilizar el tratamiento con sus hábitos de vida, con el objetivo de hacer más partícipe al paciente e incrementar la adherencia al tratamiento. De igual modo es importante concretar objetivos a corto y medio plazo que vayan permitiendo al profesional y al paciente conocer la evolución de los mismos. Para ello sería interesante introducir técnicas de autorregistro por parte del usuario que ayudarán a recordarle la importancia del tratamiento (función educativa) y dar mayor información al profesional en la próxima consulta. Dos aspectos fundamentales son la concreción del tratamiento y los beneficios específicos para su problema de salud y, si se precisa la derivación a otros profesionales, ofrecer la máxima información para poder contactar con el mismo tal y como plantean Blázquez, et al. (2009).

Antes de la despedida, es necesario preguntar y aclarar con los pacientes aquellas dudas o creencias que puedan interferir en el tratamiento o sus dificultades a la hora de incorporarlas en su estilo de vida (Sogi, et al., 2006).

Por último, despedir a los pacientes manteniendo la mirada durante el saludo y cerciorándose una vez más de que no le queda duda de lo explicado anteriormente. Hay que tener en cuenta que una vez que el paciente sale de la consulta, una lluvia de atribuciones le pueden surgir aplicando los postulados de Gaviria, et al. (2009). De igual modo, podrían surgirle dudas en la gestión del procedimiento de derivación o de cómo seguir óptimamente el tratamiento, especialmente si no han sido explicados previamente con detalle (Robinson y Roter, 1999). En caso de que el paciente regrese a consulta se debería dedicar el tiempo preciso para la aclaración de dichas dudas o atribuciones.

Conclusiones

La gran cantidad de estudios publicados sobre este tema ha dificultado inicialmente el análisis por lo que se decidió priorizar aquellos estudios más actuales y/o considerados de mayor relevancia práctica en el tema, pudiendo alcanzar así los objetivos planteados. Aunque el presente trabajo no aporta muestras, pruebas estadísticas o resultados, sí puede servir de referencia conceptual para el desarrollo de otros estudios centrados en la comunicación facultativo-paciente.

El análisis de la literatura, permite concluir que para mejorar la relación de los profesionales sanitarios de medicina y enfermería con los usuarios de atención primaria de salud resulta necesario poner en marcha diferentes estrategias y acciones que nos permitan captar más información, ganar confianza y así poder dar respuesta a las necesidades de los usuarios desde una perspectiva integral, lo que finalmente nos llevará a lograr unos mayores índices de satisfacción, del usuario y del profesional, y a una mayor efectividad y eficiencia de las intervenciones en atención primaria de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

Desde la Administración Sanitaria debe hacerse un esfuerzo por impulsar la formación de los profesionales de atención primaria en habilidades de comunicación y en promover la puesta en marcha de esas habilidades, dados los grandes beneficios que de ello pueden derivarse.

Referencias

- Alonso, S., Fuentes, J., y Nuño, M. (2008). Cómo interpretar la comunicación no verbal. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15(5), 275-281.
- Anzieu, D. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Bellón, J.A. (1997). Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. *Cuadernos de Gestión*, 3, 108-129.
- Bellón, J.A., y Martínez, T. (2001). La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria* 27, 452-458.
- Bellón, J.A., Molina, F., y Panadero, A. (1995). El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Atención Primaria*, 15, 439-444.
- Bensing, J.M., Roter, D.L., y Hulsman, R.L. (2003). Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 335-42.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54, 69-82.
- Blázquez, A., Ruíz, E., y Gutiérrez, J.M. (2009). La figura del profesional de la actividad física como miembro de los equipos de coordinación sociosanitaria en Extremadura. *E-balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte*, 5(1), 19-31.
- Bolton, R.N., y Drew, J.H. (1991). A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, 55, 1-9.
- Boulding, W.; Kalra, A.; Staelin, R. y Zeithml, V.A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27.
- Cladellas, R. (2008). La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo. *Intangible Capital*, 4(4), 237-254. Consultado el 10 de julio de 2010 desde <http://www.intangiblecapital.org>.
- Cladellas, R. (2009). El tiempo como factor cultural y su importancia socioeconómica: Estado del arte y líneas futuras. *Intangible Capital*, 5(2), 210-226. Consultado el 10 de julio de 2010 desde <http://www.intangiblecapital.org>.
- Cobiellas, L.M.; Becerra, J.; Morales, M.C. y Mariño, G. (2011). El diagnóstico, paso ineludible para caracterizar la situación comunicativa de la empresa. *Revista Ingeniería Industrial*, 32 (2), 141-150.
- Cronin, J., y Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

- Chin, J.J. (2001). Doctor patient relationship: A covenant of trust. *Singapore Med J.*, 42(12), 579-81.
- Churchill, G.A., y Surprenant, R. (1982). An investigation into the determinants of Customer Satisfaction. *Journal Marketing Research*, 19, 491-504.
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Keylly, K., y Frankel, R. (2001). All participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, 79, 495-507.
- Gaviria, E., Cuadrado, I., y López, M. (Coord.) (2009). *Introducción a la Psicología Social*. Madrid: Sanz y Torres.
- Giese, J.L., y Cote, J.A. (1999). Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 1, 1-34.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., y Simón-Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de encuentros clínicos en atención primaria de Alicante. Estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gusi, N., Herrera, E., Quesada, F., Cebrián, C. y Campón, J.C. (2008). Physical activity programs for middle-aged and older adult. En 7th World Congress on Aging and Physical Activity (pp. 73-74). Japan: ISAPA.
- Gusi, N., Reyes, M.C., González, J.L., Herrera, E., y García, J.M. (2008). Cost-utility of a walking programme form moderately depressed, obese or overweighed elderly women in primare care: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 8, 8-231.
- Heckmann, A., y Blanchard-Fields, F. (2008). Emotion Regulation in Interpersonal Problems: the role of cognitive-emotional complexity, emotion regulation goals and expressivity. *Psychology and Aging*, 23(1), 39-51.
- Howard, J.A., y Sheth, J.N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Jackson J.L., y Kroenke K. (1999). Difficult patientencounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1069-1075.
- Johnson, M.D., y Fornell, C. (1991). A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. *Journal of Economic Psychology*, 12, 267-86.
- Kotler, P., y Armstrong, G. (2004). *Marketing*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., y Márquez-González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15(6), 501-522.

- Llacuna, J. (2000). La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7(9), 576-587.
- Maddock, R., y Fulton, R. (1996). *Marketing to the mind: Right Brain Strategies for advertising and marketing*. Londres: Quorum Books.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J.M., y Ramos, J. (2001). Living service structural complexity to customer satisfaction. The moderating role of type of ownership. *Internacional Journal of Service Industry Management*, 3(12), 295-306.
- Mittal, V., Kumar, P.J., y Tsiros, M. (1999). Attribute-level performance, satisfaction and behavioral intentions over time: a consumption-system approach. *Journal of Marketing*, 63, 88-101.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862
- Moreno-Rodríguez, M.A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Revista Cubana de Medicina* 39(2), 106-14.
- Oliver, R.L. (1993). A Conceptual Modelo f Service Quality and Service Satisfaction: Compatible Goals. Different Concepts. *Advances in Services Marketing and Management*, 2, 65-85.
- Oliver, R.L. (1999). Whence Consumer Loyalty. *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Oliver, R.L., Rust, R.T., y Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings and managerial insight. *Journal of Retailing*, 73(3), 311-336.
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Consultado el 10 de junio de 2010 desde <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>.
- Ongallo, C. (2000). *Manual de Comunicación: Guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1993). More on improving Service Quality Measuremeny. *Journal of Retailing*, 69, 140-147.
- Peterson, R.A., y Wilson, W.R. (1992). Measuring customer satisfaction: fact and artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 20(1), 61-71.
- Prados J.A. (1992). Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 16, 209-216.
- Ridsdale, L., Evans, A., Jerret, W., Mandalia, S., y Osler, K.; Vora, H. (1994). Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. *The British Journal of General Practice*, 44, 413-416.
- Robbins, J.A., Bertakis K.D., Helms, L.J., Azari, R., Callahan, E.F, y Creten, D.A. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine*, 25, 17-20.

- Robinson, J.W., Roter, D.L. (1999). Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *The Journal of Family Practice*, 48, 98-705.
- Rodríguez, J.J. (2004). Comunicación no verbal. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11(8), 433-442.
- Roter, D.L., Steward, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W., y Inui, T.S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 227, 350-356.
- Sage, G.H. (1977). *Introduction to motor behavior: A neuropsychological approach* (2ª Ed.) Addison-Wesley: Reading, M.A.
- Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, P. (2000) *Marketing Deportivo: la clave del éxito en la gestión de los centros de actividad físico-deportiva y recreativa*. Madrid: Consejería de Educación. Dirección General de Deportes.
- Sogi, C., Zabala, S., Oliveros, M., y Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación e habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 67(1), 30-37.
- Spreng, R.A., Mackenzie, S.B., y Olshavsky, R.W. (1996). A re-examination of the determinants of consumer satisfaction. *Journal of Marketing*, 60, 15-32.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P.S., y D'Iugoff, B.C. (1981). The influence of patient practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71,127-131.
- Travaline, J.M., Ruchinkas, R., y D'Alonzo G. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1),13-18.
- Tse, D.K., y Wilton, P.C. (1988). Models of Consumer Satisfaction Formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 25, 204-212.
- Tversky, A., y Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1130.
- Vasiliki, O., y Louise, H.P. (2008). Effects of age and emotional intensity on the recognition of facial emotion. *Experimental Aging Research*, 34(1): 63-79.
- Weiss L.J., y Blustein J. (1996). Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the cost and use of health care by older americans. *American Journal of Public Health*, 86, 1742-1747.
- Worchel, S., Lee, J., y Adewole, A. (1975). Effects of supply and demand on ratings of objects values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 906-914.

La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional

Social corporative responsibility in hospital care: new challenges for institutional communication

Pablo Medina-Aguerreberre^{*1}

¹ Universidad de Neuchâtel (Suiza)

Fecha de recepción: 20/01/2012 – Fecha de aceptación: 0305/2012

Resumen

El desarrollo de la comunicación institucional en los hospitales se caracteriza, por un lado, por el carácter reciente de esta profesión, y por otro, por el recurso a la identidad, misión, valores, cultura e imagen como elementos corporativos estratégicos. Además, algunos hospitales han incorporado la responsabilidad social corporativa (RSC) como parte integrante de la comunicación institucional. Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el impacto de la RSC en el ámbito hospitalario. El contexto hospitalario y las connotaciones emocionales del tratamiento médico hacen necesario que el concepto de RSC priorice la mejora del servicio de base ofrecido al ciudadano (asistencia médica, investigación científica y docencia) sobre aquellas iniciativas socialmente responsables tan comunes en otros sectores de actividad (mecenazgo, políticas medioambientales, etc.). La justificación de este enfoque reside en que los hospitales son, en su esencia, empresas socialmente responsables, de ahí el interés en que su RSC sea distinta de la de otras organizaciones.

Palabras clave: Hospital; comunicación institucional; responsabilidad social corporativa; grupos de interés; comunicación interpersonal.

Abstract

Abstract: The development of corporate communication in hospitals is characterized by, on the one hand, the recent nature of this profession, and on the other hand, the use of identity, mission, values, culture and image as strategic corporate elements. In addition, some hospitals have incorporated corporate social responsibility (CSR) as part of corporate communication. This paper aims to reflect on impact of CSR in hospital field. The hospital context and the emotional connotations of medical treatment make it necessary that the concept of CSR prioritizes the improvement of basic service offered to the citizen (health care, scientific research and teaching) on those socially responsible initiatives so common in other professional sectors (sponsoring, environmental policies, etc.). The reason of this approach is that hospitals are, in essence, socially responsible companies; hence the interest in what hospital CSR should be different from CSR of other organizations.

Key words: hospital; corporate communication; corporate social responsibility; stakeholders; interpersonal communication.

* Correspondencia: pablomedina@hotmail.fr

Introducción

A pesar de la escasa tradición comunicativa de los hospitales, en estos últimos años, estas instituciones han apostado cada vez más por el desarrollo de una política de comunicación institucional que aporte a la organización una diferenciación estratégica. Como parte integrante de esta política, algunos hospitales se han fijado en la responsabilidad social corporativa (RSC) como agente comunicativo capaz de determinar las percepciones que sobre el hospital tienen sus distintos stakeholders, especialmente los empleados del hospital, los pacientes y los medios de comunicación. Sin embargo, el concepto genérico de RSC presente en varios sectores profesionales necesita adaptarse mejor al ámbito hospitalario. El objetivo principal de este artículo es analizar el impacto de la RSC en las estrategias de comunicación institucional de los hospitales. Para comprender el desafío comunicativo que la RSC supone para dichas organizaciones, este artículo analiza, en primer lugar, el desarrollo de la política de comunicación institucional en los hospitales; en segundo lugar, el impacto de la RSC como herramienta de comunicación institucional en el ámbito hospitalario; y en tercer lugar, antes de las conclusiones, la propuesta de un nuevo concepto de responsabilidad social corporativa aplicado al ámbito de las instituciones hospitalarias.

2. La comunicación institucional en hospitales

Aunque muchas personas, especialmente los profesionales médicos, no comprenden por qué un hospital apuesta por el desarrollo de la comunicación (Wright, Sparks & O'Hair, 2008), cada vez más instituciones hospitalarias se interesan por este tema dadas las connotaciones vitales y sociales del servicio médico ofrecido al paciente así como la importancia de divulgar los conceptos científicos de un modo preciso. Para los profesionales de la salud es importante disponer de buenas habilidades de comunicación ya que, según Berry (2007), la comunicación inefectiva puede provocar resultados negativos, como por ejemplo que el paciente no se comprometa con el servicio de salud, rechace seguir el tratamiento recomendado y los regímenes establecidos o no soporte su propia enfermedad o la de otros pacientes. Además la comunicación permite construir la confianza entre el personal médico y el paciente, lo cual es clave ya que el tipo de interacción que ambos mantienen está determinada directamente por la confianza que ambos se manifiestan (Ouschan, Seeney & Johnson, 2006). Por otro lado, todas las consultas médicas tienen un componente emocional que no está presente en otras transacciones comerciales (Thomas, 2005), de ahí la importancia de que el personal médico

responda de modo satisfactorio a las expectativas médicas y emocionales del paciente, y para ello, el uso de la comunicación es fundamental.

En este contexto, los hospitales apuestan por la gestión profesional de la comunicación institucional, es decir, por el desarrollo de los siguientes elementos corporativos: 1) identidad y valores, 2) misión, 3) visión, 4) cultura, e 5) imagen. Respecto a la identidad corporativa, ésta está relacionada con la imagen de una empresa (Costa, 2001) y con la visión corporativa de la misma (Van Riel & Fombrun, 2007) y se puede definir como “un sistema de comunicación que se incorpora a la estrategia global de la empresa y se extiende y está presente en todas sus manifestaciones, producciones, propiedades y actuaciones” (Costa, 2001: 218). Por su parte, los valores corporativos son aquéllos que son compartidos por los empleados de una organización, que construyen confianza y que crean una comunidad (Barret, 2003). Además de la identidad y los valores, los hospitales también definen de modo preciso la misión, la cual ayuda a dichas instituciones a la hora de diseñar las acciones de comunicación institucional. Según Parsons (2001), esta ayuda se plasma en tres aspectos: a) mejora el conocimiento sobre el público, b) indica las prioridades de la organización y c) señala el tono de las comunicaciones.

El tercer elemento corporativo es la visión. La visión representa “un nivel de motivación más profundo que una misión. La misión describe los medios, la visión describe el objetivo y establece una declaración cautivadora de lo que la organización intenta conseguir” (Barret, 2003: 83). En ambos casos, la misión y la visión ayudan al hospital a fijar de modo claro sus objetivos comunicativos para el corto, medio y largo plazo. Respecto al cuarto elemento corporativo citado, la cultura, se trata del conjunto de formas de trabajar y de ser del empleado que ayudan a la institución hospitalaria a difundir su identidad y sus valores corporativos. En otras palabras, la cultura corporativa está formada por creencias que ayudan al empleado a elaborar un modelo mental que determina su percepción del mundo (Barret, 2003). Por último, en lo que se refiera a la imagen corporativa del hospital, se trata de un aspecto determinante en el sentido de que influye en la decisión de los pacientes de acudir o no a dicho centro hospitalario, de ahí la importancia de que estas organizaciones gestionen este aspecto, el cual se compone de varios elementos. Según Van Riel (1998: 95), “las impresiones personales, la comunicación interpersonal y la comunicación de los medios de comunicación se combinan para producir una mezcla de impresiones reales y paralelas cuya totalidad forma la imagen”.

3. La RSC como herramienta de comunicación institucional

Los hospitales, al igual que el resto de organizaciones, emprenden distintas acciones de comunicación institucional, como por ejemplo las relaciones con los medios de comunicación (notas de prensa, ruedas de prensa, etc.), la celebración de eventos (conferencias, charlas, etc.) e incluso el lanzamiento de campañas de marketing (campañas para dar a conocer un tratamiento médico, para contratar profesionales de la salud, etc.). Entre las distintas opciones que ofrece la comunicación institucional, algunos hospitales han recurrido a la responsabilidad social corporativa como estrategia de comunicación que les permita difundir a todos sus grupos de interés el compromiso que tiene la organización con sus empleados, su ciudad o región de referencia, así como con el medio ambiente. La responsabilidad social corporativa (RSC) se puede definir como “el comportamiento que debe adoptar una empresa ante sus grupos de interés y la sociedad en su conjunto, lo que la obliga a cumplir determinados compromisos” (Marín Calahorro, 2008: 9). En otras palabras, la RSC hace referencia a todas aquellas acciones que emprende un hospital que desea ser percibido como una organización responsable.

La preocupación de los hospitales por gestionar su imagen de marca así como las distintas percepciones que los diferentes *stakeholders* tienen sobre el hospital ha llevado a estas instituciones a interesarse por la RSC. Además, este interés también está justificado por la proyección social de la que gozan estas organizaciones. Dicha proyección constituye, a la vez, una oportunidad estratégica y un riesgo; de ahí la necesidad de que los hospitales diseñen estrategias de responsabilidad social que les permitan gestionar de modo eficaz esta proyección social. “Las políticas de responsabilidad corporativa representan un conjunto de valores sociales y corporativos (basados en el apoyo a la solidaridad y a la comunidad) que el individuo puede desear incorporar a su modelo mental cuando analiza su percepción sobre la organización y su valor estimado” (Simón & Martínez, 2002: 5). A modo de ejemplo, se puede citar el caso del Hospital General Universitari (Valencia),¹ que realiza, dentro del marco de su política de RSC, acuerdos de colaboración con ayuntamientos, organiza clubes de pacientes y fomenta el voluntariado; y el caso de los hospitales del Grupo Sanitas,² el cual desarrolla páginas web y publica estudios e informes que ayudan a los pacientes a formarse en temas médicos. Estas acciones ayudan a ambos hospitales a proyectar su imagen de marca en su sociedad de referencia, aportando un valor añadido a sus *stakeholders*, especialmente a sus pacientes. Este

¹ Ver: <http://chguv.san.gva.es/Inicio/Conocenos/Paginas/ResponsabilidadSocialyCivil.aspx>.

² Ver: http://www.sanitas.es/grupo/sanitas/responsabilidad_social_corporativa.

tipo de acciones son interesantes para todos los hospitales, pero es necesario que éstos establezcan siempre una coherencia entre dichas acciones y su política global de comunicación, ya que de lo contrario estas acciones pueden ser malinterpretadas, e incluso pueden restar credibilidad al hospital, de ahí la importancia de fijar una estrategia de RSC coherente con las demás estrategias organizacionales del hospital.

Cuanto más responsable es una organización, mejor es percibida por su población de referencia (Fombrun, 1996), lo cual destaca el rol de la RSC como agente determinante de las percepciones que sobre el hospital tienen sus diferentes grupos de interés, especialmente los empleados del hospital, los pacientes y los medios de comunicación. Para intentar gestionar las percepciones de los *stakeholders* del hospital, la RSC ofrece a estas organizaciones una variedad de acciones posibles. “Las tácticas más importantes para expresar y demostrar la responsabilidad social corporativa incluyen las declaraciones de la misión y de los valores, los discursos, la publicidad y la filantropía; es decir, la contribución a la enseñanza, la sanidad, la asistencia y las artes” (Cutlip, Center & Broom, 2001: 561). A pesar de esta variedad de iniciativas sociales, es fundamental que el hospital comprenda que la RSC sólo es efectiva cuando ayuda a difundir a nivel externo los aspectos institucionales que distinguen a dicho hospital del resto de organizaciones hospitalarias. En esta línea, se pueden destacar las acciones de RSC de la Clínica Nostra Senyora del Remei (Barcelona)³, que destina una parte de sus recursos a realizar la obra social del Instituto de Religiosas de San José de Gerona, al cual pertenece; o las acciones de USP Hospitales,⁴ centradas en la promoción del deporte como hábito saludable y la colaboración con ONGs dedicadas a la infancia y a la discapacidad. Estas acciones ayudan a ambos hospitales a difundir su identidad corporativa, lo cual influye en el posicionamiento de la marca. Los hospitales que apuestan por este tipo de iniciativas deben establecer una distinción clara entre dichas acciones y los intereses comerciales del hospital, ya que si no, estas iniciativas no resultan coherentes con el espíritu altruista promovido por la RSC.

Entre los distintos medios que puede utilizar un hospital para divulgar su política de RSC, merece especial atención el caso de la página Web, cuyo poder como herramienta de comunicación se difumina cuando no existe una estrategia previa, lo cual es bastante común en el caso de los hospitales. Así, por ejemplo, según los datos del estudio realizado en 2002 en 352 hospitales de Estados Unidos, el 60% de los hospitales que utilizaba Internet como herramienta de comunicación no tenía ninguna estrategia formal redactada que permitiese guiar sus acciones (Shepherd & Fell, 2004). Esta situación supone un riesgo para los hospitales que

³ Ver: <http://www.clinicaremei.org/es/info/responsabilidad-social.jsp>.

⁴ <http://www.usphospitales.com/web/usp/responsabilidad-social-corporativa-grupo-usp>.

desean transmitir una imagen única y cohesionada a través de la página Web. Sin embargo, estas organizaciones cada vez conceden una mayor importancia estratégica a la comunicación *online*, lo cual les ha llevado a apostar también por la comunicación 2.0 (*blogs*, redes sociales, etc.). En el caso de España, según datos de Observatics (2012),⁵ de los 788 hospitales que hay en nuestro país, 24 tienen perfiles institucionales en Twitter y Facebook; y 49 tienen únicamente un perfil en Facebook. El crecimiento del número de hospitales que utilizan estas herramientas es constante desde hace varios meses. El departamento de comunicación del hospital debe fijar los contenidos de RSC que va a transmitir a través de su Web y de las aplicaciones 2.0. Una de las acciones de comunicación que más éxito puede tener, tanto por la novedad que supone como por la credibilidad que genera, es la promoción de hábitos de vida saludables (Denny *et al.* 2002). Por último, el hospital debe hacer los esfuerzos necesarios para evaluar el impacto de estas acciones *online* de RSC. "Medir es clave para que la comunicación tenga éxito en cualquier organización" (Rodgers, 2006: 453), aunque en el caso de las empresas sanitarias resulta especialmente complicado debido a que la población recibe constantemente información sobre este tema (Fan, 2002). A pesar de ello, el hospital debe intentar medir el impacto de la RSC como agente determinante de las percepciones de sus *stakeholders*.

4. Hacia un nuevo concepto de RSC hospitalaria

Como ya se ha comentado más arriba, los hospitales son organizaciones que tienen una escasa tradición comunicativa, lo cual dificulta el desarrollo de la comunicación institucional y de la RSC. Además, resulta complicado adaptar al contexto hospitalario muchas de las iniciativas que diversas empresas de otros sectores profesionales han emprendido en el ámbito de la RSC. Al fin y al cabo, el sector hospitalario se caracteriza por una serie de elementos que lo diferencian de modo claro del resto de sectores de actividad. Entre dichos elementos, se pueden destacar las connotaciones vitales del servicio ofrecido al paciente (enfermedad, sufrimiento, etc.), el impacto emocional y social de dicho servicio, el nivel elevado de especialización profesional de los empleados del hospital, así como la existencia de un gran porcentaje de dichos empleados que tienen un contacto directo con el paciente. Todos estos factores obligan a los responsables de comunicación de los centros hospitalario a reflexionar sobre un nuevo concepto de RSC que se adapte al hospital y que respete la esencia de la responsabilidad social organizacional. Este nuevo concepto debe basarse en tres aspectos principales: a) valor prioritario de la comunicación interpersonal, b) protagonismo del paciente, y c) compromiso con el conocimiento científico.

⁵ Ver: <http://observatics.blogspot.ch/2012/01/el-ranking-de-hospitales-sociales.html>.

En primer lugar, la comunicación interpersonal. La comunicación interpersonal que el profesional de la salud (personal médico y de enfermería) mantiene con el paciente (y con sus familiares) constituye la acción de comunicación más importante que tiene lugar en el hospital. Este tipo de comunicación es la más común y practicada en el entorno hospitalario (Parsons, 2001), y además influye en la generación de motivación en las personas que participan en dicho proceso comunicativo (Duterme, 2007). La comunicación interpersonal se ha convertido en una herramienta determinante para que el profesional de la salud pueda realizar su trabajo de modo eficaz, y consecuentemente, satisfacer las necesidades médicas y emocionales del paciente. Y, teniendo en cuenta la gran importancia de las connotaciones vitales e intangibles del servicio médico, la satisfacción del paciente se convierte en la mejor forma de expresar el compromiso del hospital con su principal *stakeholder*: el paciente. Satisfacer médica y emocionalmente al paciente es una de las principales acciones de RSC que puede emprender un hospital. Por ello, entre las iniciativas de RSC que lleva a cabo un hospital debe figurar la formación de sus empleados en habilidades de comunicación interpersonal. Esta iniciativa es especialmente importante ya que, según Mckee & Healy (2002: 281), “el encuentro entre el paciente y el profesional de la salud es extremadamente complejo. Está caracterizado por la incertidumbre, la asimetría en la información y a menudo por la ocultación de dicha información”; y en dicho contexto, las habilidades de comunicación interpersonal del profesional de la salud se convierten en un elemento estratégico capaz de influir en la satisfacción del paciente y, por tanto, en su estado de salud.

En segundo lugar, el protagonismo del paciente. A pesar de la jerarquización organizacional que caracteriza a los hospitales y de la especialización profesional de sus empleados, el protagonista principal del hospital es el paciente. “Los médicos pueden estar bien informados sobre las causas de la enfermedad, el pronóstico, las opciones de tratamiento y las estrategias de prevención, pero sólo el paciente conoce sus propias enfermedades, circunstancias sociales, hábitos, actitudes hacia el riesgo, valores y preferencias” (Berry, 2007: 46). Una de las líneas prioritarias de RSC que debe emprender el hospital consiste en ayudar al paciente a convertirse en verdadero protagonista del hospital, lo cual implica varias acciones como por ejemplo reducir las listas de espera, dedicarle más tiempo en la consulta, escuchar sus opiniones, ofrecerle medios de comunicación para que se exprese (buzón de sugerencias, gestión de quejas, página Web, etc.) y facilitarle el contacto con el profesional de la salud tras la consulta médica (teléfono, *email*, teleconferencia, etc.). En esta línea, hay que destacar la importancia de las aplicaciones de Internet 2.0 (*blogs*, redes sociales, etc.), las cuales pueden ayudar a los pacientes a compartir experiencias e informaciones de salud con los profesionales médicos así como con otros pacientes. Los servicios de salud tienen en la Web 2.0 una oportunidad competitiva que puede

llevarles a tener una abrumadora ventaja, la cual se deriva de la riqueza de compartir datos con los usuarios (Hualde, 2007).

Y en tercer lugar, el compromiso con el conocimiento científico. La población se interesa cada vez más por la salud, lo cual ha llevado a varias instituciones que no pertenecen al sector sanitario a difundir informaciones médicas relativas al ámbito de la prevención y de la educación en los hábitos de vida saludables. Dado que los hospitales son las instituciones sociales que gozan de mayor autoridad científica en el ámbito sanitario, y que la población demanda cada vez más contenidos informativos médicos, resulta interesante que, una de las acciones de RSC que emprenda el hospital consista en la divulgación de conocimientos médicos a toda la población. Para ello, es necesario adaptar cada información al tipo de público al que se dirige, priorizar la satisfacción de las necesidades informativas del paciente sobre la difusión masiva de información, y utilizar medios de comunicación que favorezcan la interactividad y el aprendizaje (conferencias, cursos de formación, difusión de información en Internet, uso de *blogs* y redes sociales, etc.). Esta apuesta por el conocimiento resulta especialmente importante ya que la sociedad actual está caracterizada por la infelicidad de su población y por las dudas que genera la globalización, por ello, las organizaciones necesitan reflexionar sobre lo que aportan realmente a la sociedad, y ésta necesita evolucionar de la sociedad de la información a la sociedad del significado (Curto Millet, 2005). A modo de ejemplo, se puede citar el caso del Hospital Clinic (Barcelona), que organiza un ciclo de conferencias denominado “*Fòrum Salut Clínic*”. Estas conferencias tienen lugar una vez al mes, sus responsables son los profesionales médicos que trabajan en dicho hospital catalán, y tienen por finalidad ofrecer al paciente la posibilidad de formarse en diferentes temas médicos (vacunación, fatiga, Sida, etc.).⁶

Este nuevo concepto de RSC hospitalaria aporta como principal ventaja el protagonismo de las personas frente a las organizaciones. Es decir, frente a las acciones tradicionales de RSC que tienen por objetivo primordial la proyección externa de la marca organizacional, en el contexto hospitalario la marca del hospital pasa a un segundo plano para dejar que sean el paciente y el profesional de la salud los verdaderos protagonistas de la RSC. Este enfoque innovador ayuda a los hospitales a fomentar el servicio médico de base, lo cual es clave para que dichas organizaciones mejoren sus relaciones con su *stakeholder* principal: el paciente. La principal desventaja de este concepto es el escaso impacto mediático que pueden tener este tipo de acciones, lo cual puede suponer un problema para aquellos hospitales que tengan objetivos

⁶ Ver:

<http://www.hospitalclinic.org/Secciones/Ciudadano/Educacionensalud/F%C3%B2rumSalutCl%C3%ADnic/tabid/928/Default.aspx>.

organizacionales urgentes, como por ejemplo la atracción de nuevos pacientes, o la contratación de empleados.

5. Conclusiones

En la introducción se señaló que el objetivo de este artículo era comprender cual es el verdadero impacto de la RSC en las estrategias de comunicación institucional de los hospitales. La implantación de una estrategia de RSC que se enmarque dentro de la política de comunicación institucional del hospital puede ayudar a estas organizaciones a mejorar sus relaciones con sus principales *stakeholders* (empleados, pacientes y medios de comunicación). Sin embargo, para que los hospitales mejoren de modo real dichas relaciones, y además, gocen de una mayor autoridad científica, y por tanto de un mayor prestigio y de una mejor reputación corporativa, resulta necesario que dichas organizaciones apuesten por el nuevo concepto de RSC hospitalaria que se ha explicado en este artículo. Dicho concepto parte de la base de que los hospitales, en su esencia, son organizaciones socialmente responsables ya que realizan una triple función de asistencia médica a pacientes, investigación sobre nuevos tratamientos y docencia y formación de los futuros profesionales de la salud –especialmente en el caso de los hospitales universitarios-; lo cual constituye un ciclo que garantiza a la población de referencia del hospital (ciudad, región) la existencia de un servicio médico de calidad en el corto, medio y largo plazo. Por ello, la RSC de los hospitales debe centrarse, en primer lugar, en todos aquellos aspectos que pueden mejorar este servicio de base ofrecido a la sociedad, y en segundo lugar, en aquellas acciones socialmente responsables más propias de otros sectores profesionales pero que no son determinantes en el ámbito hospitalario, como por ejemplo el mecenazgo, la financiación de obras sociales, o la colaboración con organismos medioambientales. Desde este punto de vista, la RSC impacta positivamente en la estrategia de comunicación institucional del hospital en el sentido de que ayuda a esta organización a mejorar su reputación corporativa, especialmente de cara a los pacientes, quienes constituyen el público más importante de estas organizaciones.

Bibliografía

- Barret, R. (2003). *Libérer l'âme de l'entreprise. Bâtir une organisation visionnaire guidée par les valeurs*. Bruxelles; Paris: De Boeck.
- Berry, D. (2007). *Health communication: theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.
- Costa, J. (2001). *Imagen corporativa en el siglo XXI* (1ª Ed.). Buenos Aires: La Crujía.
- Curto Millet, F. (2005). *The meaning of "corporate responsibility" in the 21st century*. Trabajo presentado en el 35º ISC-Symposio en la Universidad de Saint Gallen (Suiza), 19-21 de mayo de 2005
- Cutlip, S.M., Center, A.H. & Broom, G.M. (2001). *Relaciones públicas eficaces* (Trad. E. Smyrli). Barcelona: Gestión 2000
- Denny, J.T., Ginsberg, S., Papp, D., Browne, G., Morgan, S., Kushins, L. & Solina, A. (2002). Hospital initiatives in promoting smoking cessation - A survey of internet and hospital based programs targeted at consumers. *Chest Journal*, 122 (2), 692-698
- Duterme, C. (2007). *La communication interne en entreprise: l'approche de Palo Alto et l'analyse des organisations* (1ª Ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Fan, D. P. (2002). Impact of persuasive information on secular trends in health-related behaviours. En: Hornik, R.C. (Ed.), *Public health communication: evidence for behaviour change* (pp. 251-264). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Fombrun, C. (1996). *Reputation: realizing value from the corporate image*. Boston: Harvard Business School Press.
- Hualde, S. (2007). Nuevos modelos, oportunidades que ofrecen las TIC y diseño de infraestructuras para el futuro. En: Carnicero Giménez de Azcárate, J. (Coord.), *La gestión de proyectos de tecnologías de la información y de la comunicación en los servicios de salud* (pp. 93-121). Madrid: SEIS.
- Marín Calahorra, F. (2008). *Responsabilidad social corporativa y comunicación*. Madrid: Fragua
- McKee, M. & Healy, J. (Eds.) (2002). Future hospitals. En: *Hospitals in a changing Europe* (pp. 281-284). Buckingham; Philadelphia: Open University Press
- Ouschan, R., Sweeney, J. & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40 (9/10), 1068-1086.
- Parsons, P. J. (2001). *Beyond persuasion: the healthcare manager's guide to strategic communication* (1ª Ed.). Chicago: Health Administration Press.

- Rodgers, V. (2006). The future of measurement in corporate communication. En: Gillis, T.L. (Ed.), *The IABC handbook of organizational communication: a guide to internal communication, public relations, marketing and leadership* (pp. 453-461). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shepherd, D. & Fell, D. (2004). Hospital marketing and the internet: the adoption of an innovation. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 15 (1), 19-30.
- Simón, C. & Martínez, J.L. (2002). The impact of corporate social responsibility policies on the employees' psychological contract. *Working Papers Economía*, wp02-33, 1-9.
- Thomas, R.K. (2005). *Marketing health services*. Chicago: Health Administration Press.
- Van Riel, C.B.M. (1998). *Comunicación corporativa* (Trad. E. Cerdá) (2ª Reimp.). Madrid: Prentice Hall.
- Van Riel, C.B.M. & Fombrun, C. J. (2007). *Essentials of corporate communication: implementing practices for effective reputation gestion*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Wright, K.B., Sparks, L. & O'Hair, D. (2008). *Health communication in the 21st century*. Malden: Blackwell Pub.

Sensacionalismo en la información periodística sobre el hospital Carlos Haya de Málaga: un riesgo evitable

Sensationalism in reporting on the hospital Carlos Haya in Málaga: an avoidable risk

Héctor Muñoz Maldonado^{*1}

¹ Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Fecha de recepción: 21/03/2012 – Fecha de aceptación: 03/06/2012

Resumen

Se realiza el análisis periodístico de tres noticias aparecidas en el diario *La Opinión de Málaga* entre los días 18 y 30 de enero de 2012, sobre supuestas deficiencias graves en la atención de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital Carlos Haya de Málaga. Tras analizar las fuentes, factores de noticiabilidad, agenda informativa, titulares, subtítulos y textos (incluyendo la entrevista a un alto cargo), se concluye que el medio citado ha dado un tratamiento informativo poco riguroso, sesgado, sensacionalista e incompleto. La alta carga emocional y la tensión, propias de cualquier servicio de urgencias, pueden convertirse en un terreno abonado en el que broten situaciones muy perjudiciales (para usuarios y profesionales) por informaciones de este tipo, contrarias a la responsabilidad social del Periodismo y a su papel crítico ante las instancias de poder, en este caso responsables de la gestión sanitaria.

Palabras clave: Sensacionalismo; Análisis periodístico; Fuentes informativas; Hospital Carlos Haya; Cuidados Críticos; Urgencias; Defensor del Paciente.

Abstract

Analysis the journalistic of three reports in the newspaper *La opinion de Málaga* between 18 and 30 January 2012, on alleged serious shortcomings in the care of patients who come to the emergency room of the hospital Carlos Haya in Málaga. After analyzing the sources, factors of newsworthiness, news agenda, headlines, subtitles and texts (including the interview with a senior), concludes that the above-mentioned medium has given little rigorous information treatment, skewed, sensationalist and incomplete. The emotionally charged and the tension of any emergency service, can become a fertile field in which fresh very harmful situations (for users and professionals) by information of this kind, contrary to the social responsibility of journalism and its critical role before the bodies of power, in this case responsible for health management.

Key words: Sensationalism; Journalistic analysis; Information sources; Carlos Haya Hospital; Critical Care; Emergency; Patient's Ombudsman.

* Correspondencia: hemumald@gmail.com

Desglosar todos los niveles de estos procesos comunicativos llevaría tanto tiempo, espacio y conocimiento, que resultaría imposible abarcarlos en el presente artículo. Se pretende analizar un aspecto concreto de ese cotidiano flujo de información, capaz de alterar, influir y modificar -incluso radicalmente- el curso de muchas vidas. Los expertos, investigadores y estudiosos de la Comunicación en Salud pueden tener respuestas a objeciones o críticas que se realicen sobre ciertos cánones comunicativos estereotipados que frecuentemente tratan de enmarcar o encuadrar a través de un periódico ese mundo de sensaciones disonantes, incluso aunque muchos de ellos no conozcan, de cerca, ese inconfundible olor a pena, asfalto, sangre, sudores y adrenalina, que destilan esos momentos, únicos, en los que hay una verdad: la del ser humano enfermo, despojado de su libertad, alejado de su rutina, humillado, minimizado y sometido por el dolor, la asfixia, el miedo o la locura. En nombre de ese *ser* que padece -y de sus *seres* queridos- hablan los profesionales, los gestores sanitarios, los políticos y la sociedad que, como opinión pública, lo hace a través de “sus” medios de comunicación.

En el presente artículo, y desde una doble óptica médica y periodística, se analizan una serie de noticias publicadas de forma encadenada durante el mes de enero de 2012 en el diario *La Opinión de Málaga*, todas ellas relacionadas con la salud y con el sistema sanitario público.

El día 12 de dicho mes se hace eco de la memoria 2011 de la Asociación “*El Defensor del Paciente*”, en una noticia no firmada que titula: “**Las urgencias del Carlos Haya, entre las cinco peores**”. Subtítulo: “*El Defensor del Paciente lo sitúa entre los centros con peor respuesta ante las urgencias del país*”.

Lógicamente, hay que acudir a la fuente para comprobar su identidad, la fiabilidad y, por tanto, la veracidad de la noticia:

“Somos una asociación en defensa del paciente, nombre creado en honor a los afectados por negligencias médico-sanitarias que somos quienes componemos esta asociación”. “En total hemos recibido 13.010 casos (un aumento de 848 casos más que en 2010), de los cuales, 603 han sido con resultado de muerte (49 casos más que en el año pasado). De momento, estos casos hay que considerarlos como presuntos hasta que los Tribunales se pronuncien”. “Los criterios en los que nos basamos para realizar el cómputo son las vías que utiliza el paciente para exponernos su caso: vía e-mail a través de nuestra web

*www.negligenciasmedicas.com (con más de 85.000 visitas en 2011),
vía telefónica y vía correo ordinario.”*

Como se puede comprobar, la propia fuente se autodenomina “asociación”; no existe la figura del “Defensor del Paciente” como induce a creer el subtítulo.

Tras diversos análisis y opiniones sobre el sistema sanitario, recortes y copago, dicha memoria expone tablas estadísticas sobre las listas de espera quirúrgica, situando a Andalucía, concretamente, la 1ª en número de pacientes y la 7ª en días de espera. Curiosamente, esta comunidad no se ve reflejada en el gráfico resultante, en ninguno de los dos casos, de tal forma que de las 17 comunidades autónomas tabuladas, sólo 16 figuran en la “tarta” y en su leyenda correspondiente. La que falta es, justamente, Andalucía (páginas 12 y 13 del documento).

A continuación, la fuente empleada por el medio, en su memoria, aborda el tema de la asistencia urgente, situando el Servicio de Urgencias (entidad inexistente organizativamente, puesto que es parte de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias) del Hospital Regional Universitario (no “*complejo sanitario*” como figura en la noticia publicada) Carlos Haya de Málaga (HRUCH), como el 2º de una lista de “*hospitales que cuentan con el indecoroso honor de ser los peores en cuanto a sus Servicios de Urgencias*”.

No constan los criterios que perfilan la calidad asistencial, ni la metodología empleada para poder elaborar dicho ranking a nivel nacional, ni un mínimo análisis estadístico de los datos que han recabado.

De todo lo anterior, e independientemente de que muchos de los juicios negativos vertidos - principalmente lo son sobre el sistema- tengan mayor o menor grado de coincidencia con la realidad cotidiana, se extraen varias conclusiones que parecen objetivas, a la luz de los datos:

- La fuente seleccionada es parcial y poco rigurosa, tal y como se ha argumentado anteriormente.
- Los profesionales de la Comunicación que han trabajado en la selección, elaboración y producción de la noticia, no han contrastado otras fuentes, y si lo han hecho no han sido reflejadas.
- Existen errores de bulto que dan impresión de mínima elaboración y ninguna supervisión: el hospital Carlos Haya no es un complejo sanitario (se llamó hace tiempo Complejo Hospitalario, en cualquier caso). El “Defensor del Paciente” es el

nombre de una asociación ciudadana, no una figura jurídica como lo es la del Defensor del Pueblo.

- La expresividad del titular, su contundencia (entendida ésta como la rotunda afirmación de un hecho no demostrado) y el riesgo de alarma social que supone, conforman una noticia claramente sensacionalista, y como tal irresponsable al tratar temas de elevada emotividad sin el necesario rigor informativo.

El día 30 del mismo mes, firmados ambos por Lucas Martín, aparecen simultáneamente una noticia y una entrevista, ambas relacionadas con el mismo asunto que nos ocupa. La noticia titula **“El macrohospital frena la ampliación del Carlos Haya”**, y subtítulo: *“Los sindicatos aseguran que urgencias se ha quedado pequeño y relacionan la falta de reformas con la espera del nuevo centro”*.

Una buena construcción titular, que capta la esencia del contenido, consistente en opiniones vertidas por representantes sindicales y políticos de diferentes afiliaciones como fuentes informativas, y un subtítulo más afortunado desde el punto de vista periodístico que desde el gramatical.

Se enfatiza en la inadecuación arquitectónica del área de urgencias del HRUCH de Málaga (concretamente de la zona de policlínica, aunque no se especifique) y en la supuesta relación que esta disfunción -conocida desde hace más de una década por todos los actores implicados (usuarios, personal, sindicatos, políticos y periodistas)- pueda tener con el proyecto de macrohospital, un asunto rescatado de la agenda informativa en un momento en el que incluso el sentido común popular asume que no va a ser una solución a corto plazo. En este aspecto, la noticiabilidad es pobre o rebuscada. Hubiera sido interesante complementar el trabajo periodístico con un breve repaso histórico sobre el proyecto de remodelación planificado, que ya se comenzó hace años con la construcción de una moderna zona de servicios de restauración, gestionada por una empresa privada y fácilmente identificable por su panel exterior de cristales verdes, poco acorde estéticamente, dicho sea de paso, con el edificio antiguo del hospital, que data de 1956.

La entrevista al Dr. Quesada, Jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias (UGCCCU), publicada de forma simultánea en la web del citado medio, es titulada y subtitulada: **“229.000 emergencias que no lo son”**. *“Las urgencias, dirigidas por el doctor Guillermo Quesada, rebajan el número de quejas presentadas por los pacientes en 2011”*

El responsable entrevistado aporta una serie de datos estadísticos sobre la atención global en los tres puntos de asistencia urgente (pabellón general del hospital Carlos Haya, Hospital Civil y hospital Materno Infantil), en cuanto a reclamaciones, tiempos de espera-respuesta, y nivel de gravedad de los pacientes que demandan esos servicios. Es, precisamente, este último punto el que se destaca en titulares, por lo que es fácil deducir la consideración preeminente que el periodista otorga al hecho, plausible pensar que es el mensaje que la fuente interesada quiere transmitir a través de un medio de comunicación, y, consecuentemente, concluir que más de 200.000 problemas de salud atendidos como urgentes no lo fueron en realidad y podían haber sido manejados en otros niveles asistenciales.

Es una entrevista pertinente porque es muy importante que la población conozca estos datos, pero en la que el periodista que la firma pierde una magnífica ocasión de saber y dar a conocer, al contar con una fuente de primera mano, tres cuestiones básicas que parecen esfumarse entre tanta cifra:

- ¿Usan mal los usuarios sus servicios sanitarios públicos?
- ¿Funcionan adecuadamente otros niveles como Atención Primaria y Atención Especializada?
- ¿Ambas?

Obsérvese que en este punto ya casi se ha perdido de vista aquel titular incendiario del 12 de enero de 2012 y del otro, 18 días después, que aludía a la acuciante necesidad de remodelar unas instalaciones sanitarias (las del área de policlínica de urgencias del hospital Carlos Haya), insuficientes para la comodidad, intimidad y dignidad de los usuarios. Es entonces cuando el lector interesado puede echar en falta alguna pregunta incisiva sobre un problema que lleva coleando 12 años (durante las 24 horas diarias de los mismos, sin interrupción), y cuya solución ha sido aplazada y postergada por los diferentes equipos directivos, de todos los niveles del organigrama jerárquico, desde Málaga hasta Sevilla. Responsables en cada momento, unos marcharon y otros llegaron. Éstos se irán y nuevos vendrán. Y de los que están, el máximo responsable de un servicio sanitario tan importante como el de Cuidados Críticos y Urgencias, el Dr. Quesada, generoso en la aportación de números, también podría haber suministrado una valiosa información sobre las razones por las que siguen apilándose -valga la expresión- los pacientes en dicho servicio sanitario.

Para finalizar, y como conclusión global, un asunto de suma importancia e interés social, sobre todo en Málaga (aunque extrapolable a cualquier otra ciudad o comunidad), ha sido tratado informativamente por *La Opinión de Málaga* de una forma popular, sensacionalista, poco rigurosa

en la nomenclatura, atendiendo a alguna fuente de cuestionable neutralidad, dispersa y, sobre todo, incompleta. Y ya lo dice la máxima periodística: “lo que no se cuenta, no existe”.

Webs citadas:

<http://www.negligenciasmedicas.com/>

<http://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2012/01/12/urgencias-carlos-haya-cinco-peores/476324.html>

<http://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2012/01/30/229000-emergencias-son/481111.html>

<http://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2012/01/30/macrohospital-frena-ampliacion-carlos-haya/481109.html>