

Navegando por Internet: los sellos de calidad y la web semántica pueden ser un camino para encontrar el oro que reluce

Sr. Director: Hemos leído atentamente y con gran interés el artículo de Mira et al¹ en el que se realiza una exhaustiva y amplia revisión de diversos aspectos relacionados con la calidad en Internet y la forma en la que los usuarios acceden a los contenidos de webs sanitarias, y creemos de interés realizar algunas aportaciones, centrándonos en el apartado que hace referencia a «Ayudas para los internautas». Se hace mención de estrategias para orientar a los usuarios de Internet que buscan información sanitaria, como algunas prestigiosas revistas que están desarrollando información para pacientes de manera paralela a sus contenidos científicos; habitualmente se trata de organizaciones científicas o revistas médicas de las que los navegantes no profesionales tienen conocimiento ocasional como webs de referencia, tal y como se refleja en la encuesta de Sigouin y Jadad mencionada en el artículo. De acuerdo con Mira et al, el desarrollo de un código ético que ofrezca garantías a los ciudadanos sobre los contenidos de webs sanitarias parece una necesidad. Una de las soluciones propuestas es la existencia de los llamados «sellos de calidad» visibles en las webs sanitarias. En nuestro entorno hay diversas iniciativas relacionadas con la elaboración de recomendaciones o herramientas que orienten a los usuarios para valorar la calidad de la información en Internet, centradas en webs sanitarias como Web Médica de Calidad, webs en general como la Agencia de Calidad de Internet (IQUA) o el reciente Decreto Ley 292/2004 sobre la marca «Confianza en línea». Desde 1999, Web Médica Acreditada (WMA) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (<http://wma.comb.es>) ofrece unas recomendaciones que permiten orientar y responsabilizar a los profesionales, así como proteger a los usuarios, por una correcta

Palabras clave: Internet. Código de ética. Web semántica. Criterios de calidad.

calidad de estas webs y de los servicios que se ofrecen en ellas, lo que concede un sello de calidad una vez se ha producido la incorporación de las recomendaciones que derivan de la revisión de las webs solicitantes del sello de acreditación². Internet constituye un medio perfecto para el desarrollo rápido, fácil y barato de diferentes servicios sanitarios, tanto para el profesional como para el usuario que los disfruta. La proliferación extrema de estos servicios hace necesaria una vigilancia constructiva de estos contenidos y servicios para mejorar su calidad, creando unos criterios de referencia y responsabilizando a los profesionales de su actividad a través de la creación de códigos de conducta prácticos y de ética que rijan esta nueva plataforma de trabajo^{3,4}. Para conseguir que los usuarios realmente puedan aprovechar estos esfuerzos quizá hay que ir un poco más lejos y debe pensarse en nuevas herramientas en la web que hagan más visibles, a la vez que más efectivos, estos esfuerzos. La Web Semántica (<http://www.w3.org/2001/sw>) impulsada por el World Wide Web Consortium (W3C) es una extensión de la web actual que permite una mayor estructuración de la información, elaborando relaciones entre los recursos y contenidos que pueden mejorar la interoperabilidad entre personas y máquinas. En este sentido, WMA, enmarcada en el proyecto europeo MedCIRCLE (<http://www.medcircle.info>), está desarrollando la aplicación de un lenguaje semántico común (HIDDEL) que describa las características de las webs de contenido sanitario y en las que proveedores, usuarios y profesionales médicos compartan ese lenguaje para una mejor comprensión y uso de Internet. Se trata de introducir en una base de datos compartida, información descriptiva y comprensible de los contenidos (metadatos o *meta-tags*) de la web, de forma que, al «clicar» sobre el sello de acreditación, se abra una nueva ventana que ofrezca detalles sobre la web, tanto desde el punto de vista de los propios responsables de ésta como de terceras partes que han realizado una revisión de sus contenidos y características. Posteriormente, esta información podrá ser utilizada por motores de búsqueda que por un lado, «entenderán», mejor lo que los usuarios realmente están buscando y, por otro, obtendrán una información más elab-

borada, descriptiva y detallada del contenido de las webs objeto de búsqueda⁵. Los cambios en Internet se producen a gran velocidad, la transformación del mundo virtual se multiplica respecto al real, por lo que podría ser interesante plantearse soluciones editoriales para una más rápida publicación de artículos relacionados con Internet en revistas científicas, ya que, como en este caso, el tiempo transcurrido desde la aceptación a la publicación del artículo de Mira et al¹ ha sido un año. Durante este período se ha producido un incremento extraordinario (cerca del 30%) de usuarios de Internet⁶, pero también de propuestas de soluciones e iniciativas.

M.A. Mayer Pujadas^a,
A. Leis Machín^b y P. Ruiz Pérez^b

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director de Web Médica Acreditada. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Barcelona. España. ^bEquipo de Web Médica Acreditada. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Barcelona. España.

1. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce... *Aten Primaria* 2004;33:391-9.
2. Mayer MA. Acreditar e-Salud en Europa: Web Médica Acreditada. Actas del V Congreso Nacional de Informática de la Salud. Inforsalud 2002. La informática de la salud en la era del conocimiento. Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud, 17-19 de abril de 2002.
3. Mayer MA. Acreditar Webs de contenido sanitario: ¿una necesidad imposible? *Med Clin (Barc)* 2001;116:496-7.
4. Carnicero J. Luces y sombras de la información de salud en Internet. Sociedad Española de Informática de la Salud. Madrid 2002 [consultado: 20-05-04]. Disponible en: www.seis.es/informmes/2002/default.htm
5. Mayer MA, Darmoni SJ, Fiene M, Kohler C, Roth-Berghofer TR, Eysenbach G. MedCIRCLE: collaboration for Internet rating, certification, labelling and evaluation of health information on the World-Wide-Web. *Stud Health Technol Inform* 2003;95:667-72.
6. Asociación de Usuarios de Internet. Estadísticas. Estudio General de Medios. Datos de audiencia en Internet [consultado: 22-05-04]. Disponible en: www.aui.es

Reflexiones sobre las reflexiones de V. Grenzner sobre «Medicina de familia y listas de espera»

Sr. Director: La lectura de las reflexiones de V. Grenzner sobre «Medicina de familia y listas de espera», donde defiende en un marco teórico las bondades de un modelo de alta accesibilidad (MAAc) como método de control de las listas de espera de atención primaria (AP), despierta cierta inquietud e ideas que siento la necesidad de comunicar y compartir. El contraste de opiniones y pensamientos siempre es enriquecedor.

Evidentemente, listas de espera en AP de 3-4 o más días son poco justificables e inadmisibles.

También es cierto que el concepto teórico «lista de espera cero» es, por definición, ineficiente, ya que supondría aumentar la posibilidad de tener a profesionales y/o medios parados, a la espera de demanda, con la correspondiente pérdida de recursos. Además, conocemos que sólo un 15-20% de la demanda diaria en AP no es demorable.

Dicho todo lo anterior, el propio Grenzner comenta los múltiples interrogantes que se abren ante el MAAc, y entre las condiciones necesarias para la implantación de este modelo consta, en primer lugar, y pienso que no por casualidad, listas de pacientes (cupos) no abultados y con una proporción adecuada de ancianos.

Si este primer punto se lograra, tendríamos parte del problema resuelto, con independencia del modelo que aplicar.

Pero deberíamos también afrontar los «cuellos de botella» que se forman en la solución de problemas. De poco sirve una lista de espera sin demora en AP si después una interconsulta o una simple ecografía

Palabras clave: Listas de espera. Accesibilidad. Atención primaria.

pueden tardar 3-6 meses en realizarse. ¿No es incongruente? Nuestro Sistema Sanitario origina un gigantesco embudo con boca amplia en AP y salida estrecha con los medios diagnósticos que facilitan una resolución centrada en el hospital. Encima, nos extrañamos de que se utilicen puertas falsas (urgencias) en la búsqueda de soluciones.

En mi opinión, el problema de la medicina de familia no está tanto en la accesibilidad como en la falta de capacidad resolutoria, por la suma de diversos factores: escaso tiempo por paciente en consulta, escasos medios diagnósticos, escasez de aparatos e instrumental, falta de conocimientos y habilidades en los profesionales, tendencia a la comodidad —«lo fácil es derivar y encima no me equivoco y evito posibles reclamaciones»— y, por supuesto, no olvidemos los listados de personas/médicos no adaptados, etc.

A ello hay que añadir que una parte importante de la agenda ofertada se consume en tareas administrativas que obligan a consultas repetidas y absurdas, como renovación de facturas-recetas, partes de baja, certificados e informes para viajes del Insero, balnearios, informes para la tramitación de determinadas prestaciones, recetas de tóxicos, informes visado de fármacos, informes-certificados para colegios, ingreso en la Universidad, informes-certificados para realizar oposiciones, informes certificados para firmar contratos laborales, informes para tramitación de préstamos bancarios, informes, informes, ... informes.

¿Hay algo más absurdo que un paciente-cliente-usuario que ha sido atendido en urgencias (por motivo justificado o no) tenga después que acudir a su médico para que éste les haga las recetas de los productos indicados en las urgencias y adelantados en la farmacia?

Todos conocemos que hay quien cree que una forma de controlar la demanda es dificultar la obtención final del servicio, creando a tal fin circuitos interminables (similares al padecido por Juan L.M.), con la esperanza de que en el camino alguien se

aburra, abandone o busque la solución total o parcial en sistemas paralelos, generalmente privados.

Para finalizar, y resumiendo, son precisos listados-cupos ajustados, tiempos por pacientes adecuados en agendas dinámicas y medios técnicos adecuados para aumentar la resolución (si algo se puede resolver en 1-2 visitas mejor que en 3).

No olvidemos que los recursos son limitados y, en consecuencia, la oferta de prestaciones también, lo que obliga al control de demandas.

La educación es fundamental, pero los resultados no son inmediatos y consumen recursos, no surgen de forma espontánea. Por tanto, se precisan técnicas de organización que, en definitiva, prioricen y establecen un orden (primero, segundo, tercero...), originando una demora lógica y razonable que se asume por el bien de todos.

No entendemos por qué no puede haber una lista de espera, razonable, en medicina ¿No la tenemos a veces en casa para usar el aseo? ¿O para comer en un restaurante?

«No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy» es un buen lema. Tampoco es malo «Si por hacerlo hoy lo puedes hacer mal, aplázalo a mañana».

Imaginemos por un momento un diálogo entre un usuario/a y el administrativo/a del servicio de admisión de su centro de salud:

– *Usuario:* ¿Visita hoy mi médico?

– *Administrativo:* Sí, señor, su médico tiene hoy consulta, su agenda está bastante cargada, como es habitual; si usted lo precisa podemos buscarle unos minutos, pero en 1-3 días podemos concertarle una cita normal de 15 minutos. Usted dirá qué hacemos.

Pongámonos en lugar del usuario y contéstemos.

L. Baena Camús

Centro de Salud La Chana. Granada.
España.