

declaran no tener ningún otro conflicto de intereses en este estudio.

Bibliografía

1. Stone JH. Communication between physicians and patients in the era of E-Medicine. *N Engl J Med*. 2007;356:2451-4.
2. Rubies-Feijoo C, Salas-Fernández T, Moya-Olvera F, Guanyabens-Calvet J. Medical image, telemedicine and medical teleassistance. *Med Clin (Barc)*. 2010;134 Suppl 1:56-62.
3. Walker J, Whetton S. The diffusion of innovation: Factors influencing the uptake of telehealth. *J Telemed Telecare*. 2002;8 Suppl 3:73-5.
4. Zanaboni P, Wootton R. Adoption of telemedicine: from pilot stage to routine delivery. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12:1.
5. Broens TH, Huis in't Veld RM, Vollenbroek-Hutten MM, Hermens HJ, van Halteren AT, Nieuwenhuis LJ. Determinants of successful telemedicine implementations: A literature study. *J Telemed Telecare*. 2007;13:303-9.
6. Gaggioli A, di Carlo A, Mantovani F, Castelnuovo G, Riva G. A telemedicine survey among Milan doctors. *J Telemed Telecare*. 2005;11:29-34.
7. Lee SI, Park H, Kim JW, Hwang H, Cho EY, Kim Y, et al. Physicians' perceptions and use of a health information exchange: A pilot program in South Korea. *Telemed J E Health*. 2012;18:604-7.
8. Giménez N, Pedrazas D, Medina E, Dalmau D. Formación en investigación: autopercepción de los profesionales sobre sus necesidades. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:112-7.
9. Mullen-Fortino M, DiMartino J, Entrikin L, Mulliner S, Hanson CW, Kahn JM. Bedside nurses' perceptions of intensive care unit telemedicine. *Am J Crit Care*. 2012;21:24-32.
10. Rogove HJ, McArthur D, Demaerschalk BM, Vespa PM. Barriers to telemedicine: Survey of current users in acute care units. *Telemed e-Health*. 2012;18:48-53.

M.D. Ruiz Morilla^{a,*}, A. Soldevila Fontelles^b, F. Saigí^c
y N. Giménez^{d,e}

^a CAP Turó de Can Mates, Mútua Terrassa, Sant Cugat del Vallès, España

^b CAP Sant Cugat, Mútua Terrassa, Sant Cugat del Vallès, España

^c Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

^d Unidad de Investigación, Fundación para la investigación Mútua Terrassa, Universidad de Barcelona, Terrassa, España

^e Laboratorio de Toxicología, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: druiz@mutuaterrassa.cat
(M.D. Ruiz Morilla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.004>

Réplica



Reply

Sra. Directora:

Agradecemos los comentarios a nuestro artículo¹ realizados por los autores de la réplica y coincidimos en que no es posible generalizar sobre la estructura o el funcionamiento de las Unidades de Corta Estancia (UCE) en España. Por ello, en nuestro trabajo únicamente describimos algunas de sus características, entre las que se incluye que en muchas ocasiones tienen asignados recursos de forma prioritaria. Esta afirmación también ha sido realizada por otros autores de gran experiencia² y se menciona además en la reciente revisión sistemática citada en la réplica, con la frase: «y si el paciente tuviera que ingresar [en una UCE], el ingreso debe tener prioridad sobre otros pacientes»³. En cualquier caso, esta asignación favorable de recursos no es negativa *per se*, sino que puede tener efectos positivos, siempre sujeta a un análisis de coste efectividad.

Discrepamos también de los autores de la réplica en la afirmación de que «las unidades de corta estancia han demostrado ser una alternativa coste-efectiva a la hospitalización convencional». Tanto nuestro trabajo como la interesante revisión sistemática comentada³ coinciden en que las UCE pueden ser coste-efectivas en determinados grupos de pacientes y enfermedades concretas. Pero, lamentablemente, no existe evidencia suficiente dadas la escasez y la heterogeneidad en el diseño y la calidad de los

estudios que permita afirmar que las UCE, de forma general, sean coste-efectivas.

Tal y como concluimos nuestro artículo¹, existen datos que apuntan a que las UCE pueden ser una herramienta de mejora de la asistencia sanitaria, pero se precisa realizar investigaciones para encontrar el modelo óptimo de funcionamiento.

Por último, el uso del término «*observation unit*» o «unidad de observación» dentro de los criterios de búsqueda consideramos que nos permite identificar mejor aquellas estructuras compatibles o similares con una UCE, metodología compartida con otras revisiones³. Aunque exista la distinción teórica entre unidad de observación y la UCE mencionada en la réplica, tenemos dudas de que su aplicación práctica sea tan estricta, particularmente en España. En este sentido, los propios autores de la réplica citan, como apoyo a la afirmación de que las UCE son coste efectivas, un artículo cuyo título y contenido incluye específicamente las unidades de observación⁴.

Bibliografía

1. Marcos M, Hernández-García I, Ceballos-Alonso C, Martínez-Iglesias R, Mirón-Canelo JA, Laso FJ. Impact of short-stay units on the quality of medical care in Spain. *Rev Calid Asist*. 2013;4:199-206.
2. Ollero M. Unidades de estancia corta y adecuación del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:621-3.

3. Epelde F, Iglesias-Lepine ML, Anarte L. Economic crisis: Cost and effectiveness of short stay hospital units. *An Sist Sanit Navar*. 2012;35:469-75.
4. Roberts R, Graff LG. Economic issues in observation unit medicine. *Emerg Med Clin North Am*. 2001;19:19-33.

M. Marcos^{a,*}, I. Hernández-García^b, C. Ceballos-Alonso^c, R. Martínez-Iglesias^d, J.A. Mirón-Canelo^e y F.J. Laso^a

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^c Dirección Médica, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^d Dirección Gerencia, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^e Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmarcos@usal.es (M. Marcos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.005>

Del dicho al hecho: Calidad en la era de las tecnologías de la información durante el xxxi Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial



Walking the talk: Quality in the Information Technology era, within the 31st SECA Congress

Sra. Directora:

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) celebró su xxxi congreso (y en paralelo se celebró el I Congreso de la Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial) los días 23 al 25 de octubre de 2013 en la ciudad de Valencia, bajo el lema de «Calidad en la era de las tecnologías de la información» (TIC).

Jean Piaget definió la inteligencia como la capacidad para adaptarse al ambiente y a los nuevos retos. En este mismo sentido, la SECA organizó el evento tratando de adecuarse a la etapa de eclosión de las TIC que estamos viviendo.

Después de la celebración del congreso es un buen momento para compartir una breve descripción y algunas reflexiones sobre esta experiencia.

Seiscientos ocho congresistas participaron en el evento, que se materializó en diversos formatos, algunos de ellos particularmente novedosos: 3 plenarios que comprendían 10 ponencias, 552 comunicaciones (61% de ellas electrónicas), 3 simposios, 4 sesiones técnicas que reunían 10 ponencias, 5 cafés de trabajo, 10 talleres y 2 sesiones interactivas a través de Internet.

Los plenarios presentaron contenidos innovadores, pudiendo destacarse los relacionados con las TIC (teleiclus, Appsaludable, telemedicina en la asistencia a población reclusa). Complementariamente se trataron otras temáticas como la gestión responsable (gobernanza y resultados asistenciales, cuadro de mando AP, *benchmarking* y seguridad del paciente, perspectivas en la gestión clínica) y sobre los pacientes implicados y competentes (pluripatológicos, crónicos de alta complejidad, escuelas de salud para ciudadanos).

Las nuevas tecnologías también tuvieron presencia destacada en los talleres (redes sociales en salud, calidad en

aplicaciones móviles en salud) y en las comunicaciones orales y electrónicas. Estas últimas podían verse en diversos paneles que reflejaban para cada una de ellas el número de visitas y de votos acumulados, permitiendo al mismo tiempo votar o compartir por correo electrónico aquellas que fueran de mayor interés.

En una de las sesiones técnicas se estableció comunicación con colegas de México y Brasil para conocer de primera mano experiencias acerca de las innovaciones en calidad en Iberoamérica, estableciéndose un coloquio abierto a 3 bandas.

Las asociaciones de pacientes también pudieron conocer las principales innovaciones en seguridad y autocuidado de los mismos, al retransmitirse en *videostreaming* una sesión del congreso específica para este colectivo.

Pero, más allá de todo lo anterior, en el congreso se persiguió que la comunicación fuera multidireccional, incluyendo no solo los enunciados de los ponentes, sino también los comentarios de los participantes, las conclusiones del moderador, las reacciones de los asistentes y la posible difusión y reacciones en las redes sociales. La conferencia de clausura precisamente trató de reflejar este dinamismo. Así, todos los participantes en el congreso dispusieron de una red Wi-Fi. A través de la misma pudieron difundir sus comentarios en *Twitter* o consultar cualquier información en la página Web del congreso¹, permitiendo el acceso instantáneo a conocimientos que habría sido difícil encontrar previamente. Con el *hashtag* #seca2013² se difundieron desde Valencia vía *Twitter* cientos de comentarios que fueron seguidos en todo el mundo.

Otro ejemplo del interés por el máximo aprovechamiento de las nuevas tecnologías fue el desarrollo de una App con toda la información del congreso. Esta se pudo descargar de forma gratuita en sus versiones tanto para *iPhone*³ como para *Android*⁴, y permitió el acceso a todas las informaciones relacionadas con el evento, claro está también a las comunicaciones orales y electrónicas.

En Valencia se cerró el libro de comunicaciones a favor de una más amplia divulgación del conocimiento.

La encuesta de satisfacción del congreso fue respondida por casi 200 personas, y aportó información valiosa sobre las perspectivas de los congresistas. Merecerá la pena profundizar en el análisis de esas perspectivas y tenerlas en cuenta para mejorar año a año.