

Artículo procedente de Sedisa Siglo XXI

<http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article13>

Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa

**Autor: Fernández García, Jorge Juan. {Senior Manager}.
Antares Consulting
- Periscopihos -**

Sedisa Siglo XXI

¿QUÉ ES LO QUE ESTÁ PASANDO?

Las tecnologías conocidas como Web 2.0 o *Social Media*, como Facebook o Twitter, se han extendido amplia y rápidamente, mucho más entre los consumidores que entre las organizaciones. Por ejemplo, a finales de 2009, **Facebook** alcanzó los 350 millones de usuarios (lo que la situaría como el tercer "país" en volumen de población por detrás de China e India) y **Twitter** alcanzó los 93 millones de usuarios y los 5.000 millones de "tweets". Poco a poco, cada vez son más las instituciones sanitarias que están empezando a interesarse por estos temas.

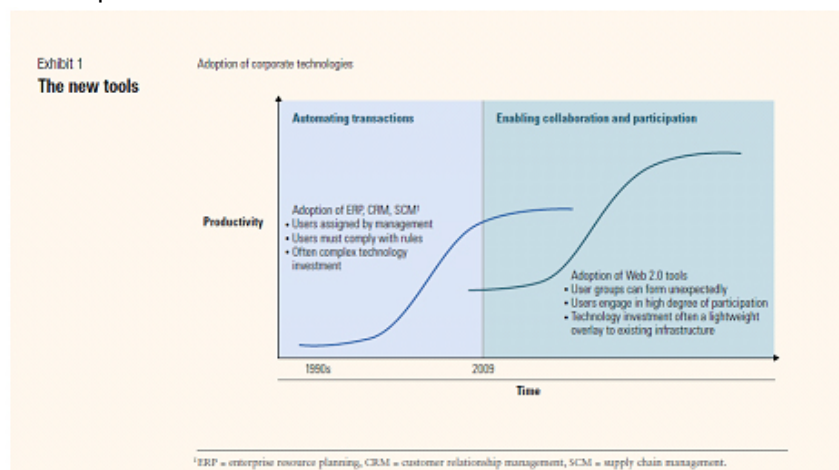
Aunque en algunos foros se está comenzando a hablar de la Salud 2.0 como el conjunto de tecnologías 2.0 (lo que habitualmente se conoce como Web 2.0 o *Social Media*) y telemedicina (telemonitorización, teleconsulta, telediagnóstico), en este artículo me referiré exclusivamente a las posibilidades que ofrecen a las instituciones sanitarias el conjunto de tecnologías 2.0. En síntesis, las capacidades que ofrecen herramientas como *wikis*, *blogs*, *podcasts*, *videocasts*, *tags*, *RSS*, etc. y redes como Facebook, Twitter, YouTube, LinkedIn, Second Life, etc.

INCORPORACIÓN DE TICs EN INSTITUCIONES SANITARIAS

La incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, se ha producido en dos oleadas:

- ▶ En la década de los noventa, una **primera oleada tecnológica** tuvo como eje la introducción en los hospitales de ERP (Enterprise Resource Planning), CRM (Customer Relationship Management) y SCM (Supply Chain Management), con el objetivo principal de automatizar transacciones rutinarias.
- ▶ Una **segunda oleada tecnológica** corresponde a la introducción de las tecnologías conocidas como 2.0, las cuales permiten la colaboración y la participación.

Figura 1: Evolución de la incorporación de TICs



Fuente: Michael Chui, Andy Miller, and Roger P. Roberts, Six ways to make Web 2.0 work, The McKinsey Quarterly (febrero 2009)

Las herramientas 2.0 presentan cinco características frente a la anterior oleada (ERP, CRM, SCM):

- ▶ *En primer lugar, precisan un mayor grado de participación para que sean efectivas* respecto a las tecnologías de la primera oleada:
 - A diferencia de los ERPs, los CRMs o los SCMs, que son tecnologías cuyo fin principal era automatizar

transacciones rutinarias (pago de nóminas, contabilidad, recursos humanos, datos de clientes, etc.), las tecnologías 2.0 precisan la interacción de los usuarios, ya que son quienes principalmente crean los contenidos.

- ▶ *En segundo lugar*, las tecnologías 2.0 son **tecnológicamente más sencillas de implantar y, por extensión, tienen un menor coste**:
-La anterior oleada tecnológica, como su objetivo era automatizar transacciones, precisaba de un esfuerzo intensivo de reingeniería para alinear los procesos. Además, dado que había que conectar múltiples bases de datos, el esfuerzo de integración tecnológica era importante, haciendo compleja la implantación. Estos dos factores se traducían en proyectos de implantación con una duración larga y con un coste económico elevado.
- ▶ *En tercer lugar*, esta segunda oleada tecnológica (2.0) tiene respecto a la primera oleada (ERP, CRM, SCM) la **capacidad de tener un verdadero impacto** en el *core* del negocio de las instituciones sanitarias: **la mejora de la salud de su población de referencia** a través de la prestación de servicios de salud. Es decir, es salud, no es tecnología.
- ▶ *En cuarto lugar*, el enfoque de la primera oleada de tecnologías era *top-down* (la dirección ordenaba y todo el mundo tenía que participar con esas reglas). Las nuevas herramientas participativas tienen un **enfoque bottom-up**. No son obligatorias, son libres, y por tanto, **para tener éxito, dependen de las contribuciones de los profesionales** de la institución.
- ▶ *En quinto lugar*, **no se necesita 100% de alcance**. En el caso de la anterior oleada tecnológica, era preciso que todo el mundo utilizara la herramienta para que tuviera un impacto positivo. De hecho, todo lo que no fuera una implantación total (100%) era un problema. En el caso de las tecnologías 2.0 se construye valor para la organización sólo con que una parte de la organización las utilice. Cuanta más gente las utilice, mejor, pero un volumen bajo de usuarios puede generar mucho valor.

EVOLUCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS 2.0

La incorporación de las tecnologías 2.0 puede seguramente ser considerada como la mayor innovación disruptiva de las últimas décadas. Un cambio con una capacidad de alterarlo todo.

En una primera fase (**web 1.0**), las webs de las instituciones sanitarias eran vitrinas de información, con bajo nivel de personalización, donde la información era generada por el hospital y consumida por los usuarios. El usuario participaba de forma pasiva del proceso comunicativo.

En esta segunda fase (**web 2.0**), se introducen las tecnologías 2.0 en el sector de la salud, y los usuarios comienzan a crear contenidos en la red. La introducción de las tecnologías 2.0 se ha producido gradualmente. Inicialmente, en 2006-2008 aparecieron iniciativas en la sociedad civil: por un lado, pacientes empezaron a crear *blogs* en los que creaban contenidos sobre temas de salud. Por otro lado, algunos emprendedores crearon empresas sobre temas de salud con el objetivo de crear y capturar valor para la comunidad.

En 2009, el hecho más relevante ha sido la introducción por parte de algunos proveedores asistenciales de herramientas 2.0 en sus organizaciones, con resultados muy positivos.

CATEGORIZACIÓN DE INICIATIVAS DE SALUD 2.0

Cuando se produce una innovación disruptiva, como es el caso de la Web 2.0, se produce una eclosión de iniciativas que resulta difícil de categorizar. Uno de los primeros ejercicios para poder identificar estrategias de actuación, tanto para los profesionales como para las instituciones, es ordenar las iniciativas en grupos más o menos homogéneos: clasificar es comenzar a comprender. En el caso de las tecnologías 2.0 aplicadas al mundo de la salud, propongo 8 bloques o categorías:

1. Comunidades de pacientes para pacientes
2. Comunidades de profesionales para profesionales
3. Fuentes de información sobre salud
4. Redes de salud
5. Utilidades para pacientes
6. Utilidades para profesionales
7. Transferencia de información / Rankings
8. Provisión online de servicios de salud

Si estás interesado en una lista exhaustiva con más de 150 iniciativas de Salud 2.0, a nivel nacional e internacional, puedes visitar mi blog . Éstos son los 8 bloques o categorías:

1. Comunidades de pacientes para pacientes

Son espacios en los que los pacientes acuden para compartir tratamientos y problemas de salud. Además de ofrecer herramientas de monitorización de las condiciones de salud, estas plataformas permiten a los pacientes entrar en contacto con otros pacientes con condiciones similares.

El mejor ejemplo es [PatientsLikeMe](#) (EE.UU.), una comunidad online para pacientes con enfermedades cuyas manifestaciones físicas o psíquicas disminuyen su calidad de vida. Esta comunidad está transformando la forma en que los pacientes gestionan su propia salud.

2. Comunidades de profesionales para profesionales

Se trata de comunidades formadas por personal asistencial (hay tanto de médicos como de personal de enfermería) donde intercambian las últimas innovaciones médicas con el objetivo de mejorar los outcomes clínicos.

El mejor ejemplo es [Sermo](#) (EE.UU.) o [Esanum](#) (Europa).

3. Fuentes de información sobre salud

Son repositorios de información con contenidos de salud. Pueden ser contenidos en formato tanto texto, como audio o video. Lo importante es que la calidad del contenido sea científica y contrastada. Estas fuentes de información existen tanto especializadas para pacientes como especializadas para profesionales.

El mejor ejemplo es sin duda la [Wikipedia](#), que incluye abundante información médica de calidad. Otro excelente ejemplo es [HealthTuber](#), un portal de videos de contenido médico.

4. Redes de salud

Son comunidades de usuarios interesados por temas de salud, que combinan la participación de los usuarios en la comunidad, con la información proporcionada por expertos, mediante artículos, noticias y videos.

El mejor ejemplo es [Revolution Health](#) (EE.UU.).

5. Utilidades para pacientes

Son herramientas que permiten a los pacientes participar activamente en el cuidado de su salud y monitorizar su evolución.

El mejor ejemplo sería el Personal Health Record (PHR). En EE.UU. tenemos los ejemplos de [Google Health](#) y [Microsoft HealthVault](#). En España tenemos el ejemplo de [keyose](#), con un enfoque mucho más interesante que el propuesto por los gigantes tecnológicos.

6. Utilidades para profesionales

Son herramientas que sirven a los profesionales en su día a día, bien porque les permiten ser más productivos, bien porque les conectan con otros profesionales.

No se trata sólo de interacción profesional, como ocurre con las comunidades de profesionales para profesionales, sino que son herramientas para usar bien a nivel individual, bien en interacción con otros profesionales. El mejor ejemplo es [Medting \(España\)](#), una plataforma de intercambio de imagen médica y casos clínicos, o CiteULike (EE.UU.), una plataforma para gestionar, compartir y descubrir artículos científicos.

7. Transferencia de información / Rankings

Son espacios donde los clientes, ya sean pacientes o familiares, valoran el servicio prestado por las instituciones o valoran a médicos concretos, incrementando la transparencia del sector y mejorando la información disponible para facilitar la toma de decisiones.

El mejor ejemplo de valoración de instituciones es [Patient Opinion](#) (Reino Unido), el sitio web donde los pacientes del National Health Service (NHS) británico pueden acudir para compartir sus experiencias e historias personales en su interacción con los servicios de salud. El mejor ejemplo de valoración de profesionales es [RateMDs- <http://www.ratemds.com/>] (EE.UU.).

8. Provisión online de servicios de salud

Servicio que permite contactar con médicos y que permite visitas y contacto online para recibir salud de la forma más conveniente y accesible para los actuales pacientes (siempre faltos de tiempo).

El mejor ejemplo es [Hello Health](#), una plataforma estilo Facebook que utiliza diferentes tecnologías (mensajería instantánea, videochat, email,...) que tiene el objetivo de favorecer la accesibilidad de los pacientes a la prestación de servicios de salud.

MODELO DE PRESENCIA DIGITAL

Genís Roca propuso en el año 2002 un esquema sencillo y comprensible que sirve para definir un modelo de presencia digital. Se trata de una matriz construida a partir de dos variables:

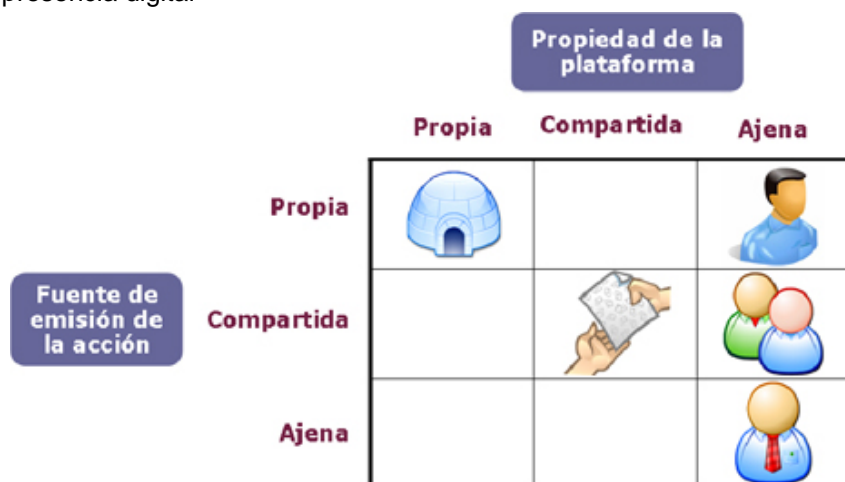
- 1) la fuente de emisión de la acción de comunicación
- 2) la propiedad de la plataforma que da visibilidad a la acción de comunicación

Según Genís Roca, "todo lo que está en la Red es fruto de una acción de emisión". Se entiende por tanto como acción en la Red "toda aquella actividad orientada a emitir algo".

El concepto de "**fFuente de emisión de la acción**" se refiere a quién ha preparado aquello que se emitirá. En función de quién lo haga, la fuente de emisión puede ser propia, ajena o compartida.

El concepto de "**propiedad de la plataforma**" se refiere a los soportes digitales que dan visibilidad a aquello que se emite. En función de a quién pertenezca el soporte, la propiedad de la plataforma puede ser propia, ajena o compartida.

Figura 2: Modelos de presencia digital



Fuente: Roca G. "Modelos de presencia en la red"

En la etapa de la web 1.0 lo que predominaba eran las plataformas propias con emisiones propias (cada hospital se hacía su propia página web). Según se avanzaba, y con el objetivo de compartir costes, se empezaron a crear esquemas mixtos (plataformas compartidas con emisiones compartidas).

En la etapa de la web 2.0, la propiedad de la plataforma es mayoritariamente ajena y la fuente de emisión de la acción puede ser de los tres tipos:

- ▶ propia (escribe el CEO un blog, por ejemplo. como <http://runningahospital.blogspot.com/>);
- ▶ compartida (como lo que sucede en Patient Opinion - <http://www.patientopinion.org.uk/>, donde escriben los pacientes y escriben los hospitales);
- ▶ ajena (como lo que sucede en Facebook cuando los pacientes forman una comunidad sobre una condición de salud y hablan de mi hospital).

Es decir, se objetiva una evolución desde plataforma propia y contenidos propios y estáticos, a una diversidad multiplataforma y multicanal.

Este hecho se traduce en mayor complejidad en la gestión, porque habitualmente las plataformas no te pertenecen (Facebook, YouTube, Twitter, LinkedIn, etc.), pero los usuarios producen contenido sobre tu institución y a ti te interesa aprovecharlo en tu favor.

OPCIONES PARA UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

Una institución sanitaria puede utilizar las herramientas 2.0 para conseguir cinco objetivos: A. Mejorar la salud de su población de referencia

- B. Optimizar su organización interna
- C. Impulsar su imagen de marca
- D. Generar comunidad

E. Comunicar sus mensajes

Voy a explicar en qué consiste cada uno de estos objetivos y a mostrar ejemplos reales y actuales de cómo algunas instituciones sanitarias en el mundo están tratando de conseguir estos objetivos mediante la utilización de herramientas 2.0.

A) Mejorar la salud de la población de referencia

Las herramientas 2.0 son especialmente útiles, conjuntamente con los medical devices, para **mejorar la atención de los pacientes crónicos**. Los nuevos modelos de gestión integral de pacientes crónicos han sido propuestos como una clara adaptación del modelo asistencial al cambio de paradigma epidemiológico generado por la cronicidad. Como elemento más característico de estos modelos se podría destacar la estratificación de la población crónica en tres niveles, según el modelo de Kaiser Permanente, que se corresponde con tres estrategias diferentes de gestión:

- ▶ 2-5% de los pacientes crónicos: riesgo relativo muy alto. Población con 3 o más ingresos hospitalarios al año. Sometidos a un esquema de "*Case Management*" (gestión de casos), con seguimiento telefónico semanal y telemonitorización.
- ▶ 10-20% de los pacientes crónicos: riesgo relativo alto. Más de un ingreso hospitalario al año. Controlados mediante un esquema de "*Disease Management*" (gestión de la enfermedad) mediante controles bimestrales por una enfermera experta.
- ▶ Resto. Pacientes crónicos en autocuidados. Esquemas de formación y "*empowerment*" grupales, para promover el autocuidado.

El **modelo Kaiser Permanente** se apoya fundamentalmente en la utilización sistemática de TICs y SS.II., además de servicios de telemonitorización. En este contexto, el rol que pueden jugar las tecnologías 2.0 es fundamental. Las tecnologías 2.0 serían especialmente útiles en el caso del primer grupo (2-5% de los pacientes crónicos) y del tercer grupo (para promover hábitos de vida saludables entre la población).

Un caso interesante es el Mount Sinai Medical Center (Nueva York) (<http://www.nytimes.com/2009/11/05/h...>) que realiza el envío de SMS al móvil y de tweets a través de Twitter para reforzar la adherencia terapéutica de jóvenes que han recibido un trasplante de hígado.

La última novedad en las instituciones sanitarias es el **desarrollo de aplicaciones de software para smartphones** con el objetivo de mejorar la salud de su población de referencia. Los mejores ejemplos son Cleveland Clinic y Mayo Clinic. Cleveland Clinic ha creado la aplicación *360-5 Wellness Tip of the day* (www.360-5.com) que proporciona un consejo de salud diario y que se envía al móvil. En Mayo Clinic, uno de sus médicos ha creado una aplicación para iPhone (*Mayo Clinic Meditation*), para enseñar a las personas técnicas de relajación y de respiración.

B) Optimizar su organización interna

Una organización sanitaria puede mejorar aspectos de su organización interna utilizando herramientas como wikis, Twitter y páginas para compartir artículos científicos.

Respecto al **uso de wikis**, una opción es utilizarlos para documentar el trabajo que se va realizando en los diferentes proyectos que estén en marcha. Por ejemplo en un hospital que esté involucrado en un proceso de ampliación de espacios.

También se pueden utilizar los wikis para documentar las actas de las reuniones de los comités de dirección o de las

sesiones clínicas de los servicios, de forma que estén disponibles para todos inmediatamente.

Respecto a **Twitter**, las instituciones sanitarias lo pueden utilizar como medio para comunicar sus ofertas de trabajo, como por ejemplo realiza Mayo Clinic (<http://twitter.com/mayoclinicjobs/>).

Otra opción con Twitter es utilizarlo como herramienta para organizar la recogida y posterior tratamiento de ideas tanto para las personas que trabajan en un proyecto concreto como para algo más general como puede ser un plan estratégico o un plan funcional. Algunas herramientas útiles al respecto son Status (<http://status.net/>) e Identica (<http://identi.ca/>).

Respecto a las herramientas para **compartir artículos científicos** entre los profesionales. Los mejores ejemplos son Connotea (<http://www.connotea.org>), CiteULike (<http://www.citeulike.org>) y Mendeley (<http://www.mendeley.com>). Estas herramientas permiten a los profesionales almacenar, compartir y descubrir artículos científicos.

C) Impulsar la imagen de marca Cada vez más, los hospitales medios y grandes son organizaciones de conocimiento que compiten con otros hospitales similares por: a) atraer y fidelizar a profesionales de talento; b) ser receptores de fondos procedentes del mecenazgo; c) captar financiación asociada a la investigación y la innovación; y d) ser elegidos como partner tecnológico. La imagen de marca es fundamental para lograr estos objetivos.

No se trata de grabar un video y colgarlo en YouTube, sino de **crear un canal en YouTube y Vimeo**. Uno de los ejemplos más interesantes es el canal de YouTube de Cleveland Clinic (<http://www.youtube.com/clevelandclinic>). Ese canal debería convertirse en el epicentro de todas nuestras comunicaciones audiovisuales.

Además, un hospital con misión asistencial, investigadora y docente puede impulsar su imagen de marca a través de varias iniciativas, como por ejemplo la **creación de podcasts** sobre temas de salud relevantes, como por ejemplo hace Mayo Clinic con su Medical Edge Radio (<http://podcasts.mayoclinic.org/>).

Además, otra opción es **crear un "huerto de blogs" para profesionales y pacientes**. Es decir, alojar los blogs (que traten temas de salud) de profesionales y pacientes, en los servidores de la propia institución, como por ejemplo está realizando *High Point Regional* (EE.UU.) (<http://www.highpointregional.com/bl...>).

D) Generar comunidad

Una de las opciones más interesantes que puede activar una organización sanitaria es la **creación de comunidades de profesionales a través de las redes sociales**. Las dos opciones principales a utilizar son Facebook y LinkedIn.

Actualmente, un número importante de hospitales en EE.UU. han creado su propia página en Facebook. En Europa el desarrollo está siendo algo más lento (ver estadísticas: <http://hospitalseu.wordpress.com>). En el perfil de Facebook, las instituciones centralizan toda su información en formato texto, audio, fotos, video; además, permiten que la gente se apunte y pueda conocer todas las novedades.

Otra posibilidad podría ser construir un grupo en LinkedIn como ha hecho Cleveland Clinic (<http://www.linkedin.com/groups?gid=...>) para Alumni (profesionales que antes trabajaron en nuestra institución y ahora ya no).

Otras opciones sería hacer grupos en LinkedIn para:

- ▶ Residentes MIR: para tenerles actualizados con las diferentes actividades que son específicas para ellos.
- ▶

Seniors (profesionales que hayan abandonado la práctica profesional activa): en algunos casos son profesionales que tienen gran reputación en su especialidad, y que pueden haber desarrollado una gran vinculación con la institución (a diferencia de otros sectores y otros países, los clínicos por ejemplo tienen tendencia a permanecer en la misma institución durante tiempo). Nestlé por ejemplo es una empresa que tiene muy en cuenta a sus profesionales retirados y con muchos años de experiencia en la compañía, porque consideran que son una fuente de conocimiento importante.

E) Comunicar sus mensajes Una de las iniciativas más positivas es los **blogs de directivos**. Es una excelente señal para toda la organización, especialmente en términos de transparencia. El mejor ejemplo en el sector hospitalario es el blog de Paul Levy, Presidente y CEO del Beth Israel Deaconess Medical Center de Boston, titulado "*Running a Hospital*" (<http://runningahospital.blogspot.com/>), que lleva escribiendo desde agosto de 2006.

Es importante que el tono del blog del primer directivo de la institución sea personal y que no se lea como un comunicado de prensa. Hay cuatro características fundamentales de un blog de un máximo directivo: 1) lo escribe él mismo, no el Departamento de Comunicación del hospital; 2) lo hace sobre temas importantes para la institución y para él mismo (no tienen que coincidir: por ejemplo puede estar muy interesado en un proyecto que él mismo puso en marcha, pero cuyo impacto sobre el hospital no sea elevado); 3) el tono ha de ser personal; y 4) escribe con frecuencia (una vez a la semana, al menos) y sobre todo sobre todo, sigue la conversación que se genera, respondiendo a los comentarios que generan sus posts (entradas o anotaciones).

RECOMENDACIONES

- ▶ **Identificar los objetivos a conseguir:** se pueden hacer muchas cosas con estas herramientas. ¿Qué problemas o oportunidades queremos tratar? Lo importante es definir qué quiere conseguir la institución (¿obtener una mejora en resultados de salud? ¿mejorar la imagen de marca de nuestra institución?).
- ▶ **Definir un modelo de presencia digital:** una vez claros los objetivos, toca decidir cómo lo voy a hacer (¿qué tecnologías voy a desarrollar en mi institución? ¿en qué plataformas estaré presente?)
- ▶ **Nombrar a alguien (joven) al cargo:** no se pueden diseñar políticas y herramientas digitales con responsables analógicos. La aparición de las tecnologías 2.0 es una de las mayores disrupciones. Déle esta responsabilidad a alguien joven de mente, que quiera cambiar el mundo. Es la mejor forma de asegurar su éxito. Si esta responsabilidad se la dejamos al Departamento de Comunicación, ya te anticipo que no funcionará.
- ▶ **Definir una *Social Media policy*:** una vez acordados los objetivos y los instrumentos, es clave acordar las reglas del juego. Muchos hospitales estadounidenses ya han publicado sus políticas a este respecto, así que no partimos de cero. Por ejemplo, a la hora de encontrar el equilibrio entre apertura y control, una de las grandes preocupaciones de algunas instituciones es el riesgo potencial de una mala utilización por parte de sus profesionales. Una sencilla funcionalidad que permite "*flag*" (señalar con una bandera) cualquier contribución que se publique, genera tranquilidad. A pesar de las dudas iniciales, las experiencias demuestran que se producen pocas malas utilidades y que éstas se pueden anticipar con instrumentos sencillos (como por ejemplo, señalarlas con una bandera).
- ▶ Es bastante complicado anticipar a priori quienes serán los participantes con mejores contribuciones. Para impulsar el éxito del proyecto, es fundamental **dar visibilidad a las aportaciones de calidad que van emergiendo**, lo que va funcionando bien, dando reconocimiento a quienes están realizando estas contribuciones de valor. Donde descubras energía, muéstrala. Enséñasela al resto de la organización.

- ▶ Estas herramientas no funcionan igual en todas las organizaciones, porque son de libre participación, no son de uso obligatorio. Lo importante es **observar detenidamente qué es lo que funciona, y después escalarlo**. Son herramientas que evolucionan según los profesionales de la organización las utilizan. Además, habitualmente los mejores usos provienen de los usuarios.
- ▶ **Sin prisa, pero sin pausa. Es una carrera de largo plazo.** No se va a cambiar el mundo en tres meses. Empieza con un piloto, con una sola cosa. Piénsalo todo de forma global, pero empieza con una sola cosa, sencilla. Según vayas ganando experiencia, puedes comenzar a aplicar lo aprendido a mayor escala.
- ▶ Aprender de los demás. Como dice Jesús Encinar, fundador de Idealista.com, "*las webs de hace una década te daban satisfacción inmediata. Nada más empezar a utilizar Google, Amazon o Hotmail el uso te resultaba satisfactorio y útil. No hacía falta aprendizaje. Empezabas a usar una web y bingo, te funcionaba. La web 2.0 sin embargo tiene un aspecto crítico distinto: requiere aprendizaje. Como una lavadora, un coche o un videojuego*". En esto, todos somos nuevos y todos estamos aprendiendo. Comparte con otros lo que estás haciendo y lo que te funciona y lo que no. Podemos aprender mucho y ahorrarnos mucho dinero todos.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Chui M, Miller A, and Roberts R.G. *Six ways to make Web 2.0 work*, The McKinsey Quarterly (febrero 2009).
- ▶ Deshpande A and Jadad, A. R. *Web 2.0: Could it help move the health system into the 21st century?* Journal of Men's Health and Gender 2006; 3: 332-336.
- ▶ Giustini D. *How Web 2.0 is changing medicine*. British Medical Journal 2006; 333: 1283-1284.
- ▶ Kamel Boulos M N & Wheeler S. *The emerging Web 2.0 social software: an enabling suite of social technologies in health and health care education*. Health Information and Libraries Journal 2007; 24: 2-23.
- ▶ McKinsey Business Technology Office (BTO). *How Web 2.0 is changing the way we work: An interview with MIT's Andrew McAfee*, The McKinsey Quarterly (noviembre 2009).
- ▶ Roca G. "*Modelos de presencia en la red*" (mayo 2002); Disponible en: <http://www.uoc.es/web/esp/art/uoc/r...>
- ▶ Sarasohn Khan J. *The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media*. California Healthcare Foundation (2008).