Sociedad Española de Informática y Salud · Nº 96 · Noviembre 2012

I+S

INFORMATICA Y SALUD

XIX Jornadas Nacionales de Informática Sanitaria en Andalucía

II Foro para la Gobernanza de las TIC en Salud

XVI Congreso Nacional de Informática de la Salud

Foros y Sectores

Entidades Asociadas

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD

accenture
Alto rendimiento. Hecho realidad.

APD

Bilbomática

Carestream

CITRIX

CSC

Engisys
Engisys Solutions

FUJITSU

gmv

Ibermática
Tecnología y Conocimiento

InterSystems

iic
instituto
de ingeniería
del conocimiento

mHealth Alert

NUANCE

orange

ORION HEALTH

QMATIC
Valuing Time

satec

sigesa
Case-Mix Knowledge

steria

Tecnocom

Telefónica

UDIAT
Centre Diagnòstic

Vademecum

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD

Director
Salvador Arribas

Comité editorial
Luciano Sáez
Marcial García Rojo
Rosa Valenzuela
Elvira Alonso
José Luis Carrasco

Consejo de Redacción
Rodrigo García Azurmendi
Miguel Chavarría
Fernando Bezares
José Quintela
Alberto Gómez Lafón
Jesús Galván
María Rovira
Julio Moreno
José Luis Monteagudo
Cristina Cuevas
Begoña Otalora
Emilio Aced
Fernando Escolar
Carlos García Codina
Vicente Hernandez
Carlos Hernández
Juan Fernando Muñoz
Juan Manuel de León
Carlos Parra
Antonio Poncel
Francisco Javier Francisco Verdú
Carlos Royo
José Lagarto
Isabel Aponte
Guillermo Vázquez
Javier Carnicero

Colaborador Técnico
Diego Sáez

Información, Publicidad, Suscripciones y DISTRIBUCIÓN:
CEFIC. C/ Enrique Larreta, 5 Bajo Izda
28036 Madrid
Tlfno: 913 889 478 • Fax: 913 889 479
e-mail: cefic@cefic.es

Producción Editorial:
Tel. 902 271 902 • Fax: 902 371 902
E-mail: mic@editorialmic.com
www.editorialmic.com
Editorial MIC

DL: M-12746-1992
ISSN: 1579-8070

Año 2012. Sumario nº 96

Editorial 5

Actividades de la SEIS

- XIX Jornadas Nacionales de Informática Sanitaria en Andalucía 7
- II Foro para la Gobernanza de las TIC en Salud 45
- XVI Congreso Nacional de Informática de la Salud: INFORS@LUD 2013 57
- Agenda 2013 62

Foros

- Foro de Protección de Datos 63
- Foro de Telemedicina 64
- Foro de Interoperabilidad 66

Noticias por sectores

- Medicina 68
- Farmacia 72

Noticias de Prensa 74

SOCIOS TECNOLÓGICOS

COLABORADORES TECNOLÓGICOS

Los artículos revisiones y cartas publicadas en I+S, representan la opinión de los autores y no reflejan la de la Sociedad Española de Informática de la Salud

Entidades Colaboradoras

- AGÉNCIA CATALANA DE PROTECCIÓN DE DADES
- AGFA
- ATOS ORIGIN
- COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÁCERES
- COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTIOS DE BADAJOZ
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS
- CSC
- EMC
- EMÉDICA, S.L.
- EMERGRAF, S.L. CREACIONES GRÁFICAS
- EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR
- EVERIS
- FUJITSU
- HOSPITAL CLINIC, SISTEMAS DE INFORMACIÓN
- HOSPITAL GENERAL GREGORIO MARAÑÓN
- HOSPITAL LLUÍS ALCANYÍS DE XÁTIVA
- INFORMÁTICA EL CORTE INGLÉS
- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
- INTEL
- INTERSYSTEMS
- MICROSOFT
- MUTUA UNIVERSAL
- MUTUAL CYCLOPS-CENTRE DOCUMENTACIÓ
- ORACLE
- OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD
- TELEFÓNICA DE ESPAÑA, S.A.
- T-SYSTEMS
- UNIT 4
- VALLPLASA ATENCIO PRIMARIA

La Gobernanza de las TIC en Salud

El sector sanitario necesita realizar una verdadera innovación en todos sus ámbitos de funcionamiento, haciendo especial hincapié en la accesibilidad de los ciudadanos, la prestación de servicios, el control sanitario y una nueva definición de los roles de los profesionales de la salud.

En el plan para realizar esta innovación, el papel de las tecnologías de la información y las comunicaciones es esencial, ya que se debe basar en la aplicación de nuevas soluciones tecnológicas, que permitan que nuestras organizaciones sanitarias puedan mantener y mejorar su nivel de servicio a los ciudadanos.

Los responsables de los Sistemas y Tecnologías de laInformación de las Organizaciones Sanitarias tienen la responsabilidad de plantear soluciones innovadoras alienándose con la estrategia del negocio sanitario: deben ser impulsores de la transformación de nuestro sector.

Con estas ideas se celebró el pasado mes la II Reunión del Foro para la Gobernanza de las TIC para la Salud, reuniendo a los principales responsables TIC del sistema sanitario español. En las sesiones planteadas se puso de relieve la complejidad de la situación en la realidad actual, la necesidad de definir un modelo de gobernanza y de establecer una estrategia TIC para todo el sistema de salud, convergiendo a soluciones de colaboración entre las diferentes organizaciones y además con la participación de la industria.

Estas necesidades no obedecen solo una intención de reducir los costes de implantación de soluciones TIC, objetivo ineludible ante la situación económica, sino con el fin más importante de construir un verdadero sistema de información de salud que garantice las mejores prácticas para preservar la salud de los ciudadanos y consiguiendo que los recursos sanitarios disponibles sean lo más eficientes posibles en todo el ámbito del Estado.

Ha quedado patente que hay voluntad e intención por parte de los responsables y que los avances tecnológicos lo permiten a unos costes asumibles, pero no se podrá llevar a adelante sin el máximo apoyo político.



Hacia el **nuevo** sistema de información social

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) abrigan una "dualidad": pueden constituir grandes aliados para las personas con discapacidad o en situación de dependencia, pero también pueden provocarles "grandes barreras".

"Lo importante es normalizar los sistemas y diseñarlos para todos, con los mismos estándares". En esta línea, el reto de las nuevas tecnologías "es la atención a la dependencia", lo que es, además, "una gran oportunidad para la innovación y la creación de cosas nuevas".

Debido al escenario impulso generado con la Ley de Dependencia, las CC.AA están ante un momento único para avanzar en la Atención Social mediante la implantación de un **Sistema de Información Social**. Un Sistema de Información Social diferencial basado en la aplicación de las TIC y que no sólo responda a las necesidades básicas de gestión del Sistema de Dependencia.

Desde Informática El Corte Inglés creemos que sólo, un **Sistema que integre la información al dependiente en un Expediente Social Único** servirá para proporcionar una atención de calidad mediante la prestación de los servicios asociados al mismo (ayuda domiciliaria, teleasistencia, etc.), además de facilitar su coordinación.

Para ello estamos trabajando en el diseño e implantación de un modelo de **Sistema de Información Social** que integre los distintos aspectos de gestión.



al servicio
de la Atención Social

www.ieci.es

INFORMÁTICA

El Corte Inglés

XIX Jornadas Nacionales de Informática Sanitaria en Andalucía

El Beneficio Compartido

INTRODUCCIÓN

El amanecer en Torremolinos es diferente que en Guadalmar: el sol sale sobre un pequeño cabo y no sobre el mar. Esta fue una de las diferencias que marcaron el rumbo de las XIX Jornadas de Informática sanitaria en Andalucía celebradas del 13 al 15 de julio. Un cambio de hotel y entorno que fue valorado positivamente por los asistentes (4,17 sobre 5).

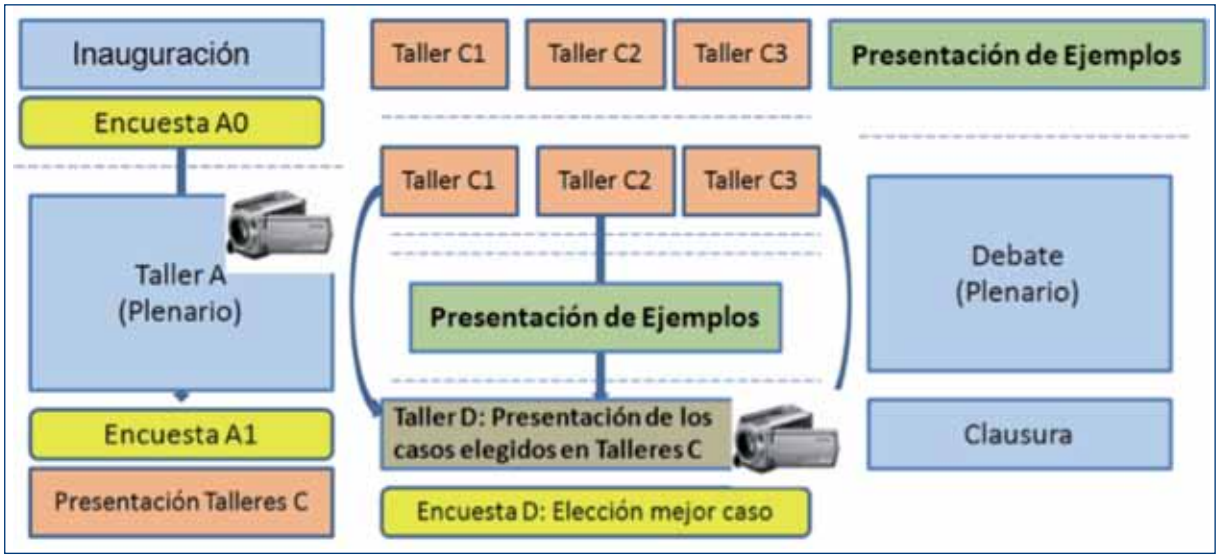
El cambio fue una constante en las Jornadas. Empezando por la situación del país, muy distinta a la de años anteriores. Recortes presupuestarios, cambios importantes en un modelo sanitario que habla ahora de aseguramiento, un decreto del 16 de abril sobre "medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", con un fuerte impacto en los sistemas de información sanitaria, un cambio de gobierno en nuestros anfitriones.

Por parte de la industria, también cambios personales en distintas empresas, adquisiciones bastante recientes, expectativas ante la posibilidad de cobro de deudas millonarias… Y un gran cambio por la ausencia del alma de las Jornadas, ya que Jesús Galván, por más que lo intentó hasta el último momento, se tuvo que contentar con su colaboración externa debido a sus nuevas responsabilidades.



Por supuesto, en tiempos de austeridad, la SEIS no es ajena a la situación y también hubo que cuidar los costes tratando de que no impactase en el resultado. Con este panorama, asumí colaborar en la dirección técnica con Carlos Parra, bajo la coordinación general de Julio Moreno. El proceso se inició durante Inforsalud 2012, donde se celebró una reunión en la que se marcaron las líneas maestras.

Se buscó la simplicidad y el enfoque al objetivo que era conocer y aportar ideas para el nuevo modelo de colaboración público-privada basada en el beneficio compartido. La simplicidad era organizar una agenda viable que permitiera cumplir sus objetivos y eso se plasmó en un esquema de sesiones según se muestra en la ilustración 2.



Esquema del flujo de sesiones

Las jornadas tenían un flujo definido que comenzaba en el taller A de aprendizaje. Se buscaba poner en claro conceptos y que todos hablásemos de lo mismo cuando nos referíamos a un tema. La encuesta previa y la posterior permitían fijar el aprendizaje en los asistentes y evidenciar el impacto en los mismos de la sesión.

Al día siguiente se hacía el típico desdoble de grupos de trabajo en base a tres áreas temáticas preestablecidas. Además de reducir a tres el número de talleres, se pidió a los coordinadores que trabajasen con el método del caso y que llevaran a la sesión varios preparados para escoger el más relevante en base a unos criterios que se les indicaron con anterioridad a las Jornadas.

Estos criterios permitían centrar mucho la dinámica de la reunión ya que la encomienda del taller presencial era presentar el caso y mostrar las aportaciones del mismo en las cuatro áreas de valoración que se les pedía.

El resultado de estos talleres C, normalizado en una presentación centrada en las cuatro áreas de valoración se defendía ante la audiencia durante la tarde en el taller D y la audiencia votaba en base a esos criterios. El resultado era importante, pero no lo era menos la posibilidad de que la audiencia en plenario tomase buena nota de tres buenos ejemplos de beneficio compartido. Personalmente debo felicitar a los responsables y participantes en los talleres por el resultado de su trabajo, ya que se ajustaron a la encomienda y los asistentes pudimos tener en quince minutos un conocimiento de lo esencial de cada uno de esos casos.

El circuito se completaba la última jornada con una sesión debate sobre cómo pasar a la acción en estos temas. Del conocimiento, al debate, la selección y por último la implementación.

Por el medio había dos mesas de presentación de experiencias de éxito que suscitaron interés e interesante debate. Por tanto, desde el punto de vista de contenidos se ha aligerado tanto el trabajo previo de los talleres como la dinámica de las Jornadas, con buena aceptación según la encuesta de satisfacción (4,41 sobre 5).

Otras innovaciones estuvieron en la tecnología. Han sido unas jornadas ubicuas y digitales. Por un lado se potenció la presencia en medios sociales, empezando por una línea previa de debate en el grupo SEIS de LinkedIn, una cuenta de Twitter en la que se iba comunicando información sobre las Jornadas y una etiqueta #jisa12 para tuitear en directo.

Para evitar el empapelar la zona de sesiones con los resultados de las encuestas A0 y A1 se creó la cuenta JISA12[1] en SlideShare.net para compartir en la red los datos y presentarlos en las pantallas de entrada a las salas en modo carrusel.

Para facilitar la participación remota se contrató el canal JISA2012[2] de TV en internet vía Ustream para transmitir varias sesiones en directo y poder repasarlas posteriormente en diferido. La transmisión en directo era sin publicidad y desgraciadamente apenas tuvo audiencia. Creemos que la falta de puntualidad, la insuficiente comunicación y la falta de costumbre pueden haber sido factores determinantes. La parte positiva es que ahora están disponibles aunque con publicidad, salvo que el espectador pague un poco por evitarlo y van más de cien visualizaciones en los quince días siguientes.

Para agilizar las encuestas y ahorrar costes se utilizó un servicio en la nube que permitió recoger las opiniones en un par de minutos. Cierto es que se redujo el número de preguntas, pero el sistema de votar en lote y la posibilidad de hacerlo desde el smartphone resultó diferencial.

También es cierto que el efecto Murphy apareció y lo que el día anterior funcionaba bien en directo no resultó así. Diversas incidencias con el audio, la resolución de los proyectores, la calidad del acceso WiFi, algunos desajustes en la información entregada a los participantes y hasta algún problema en la nube, dieron el toque de "emoción" que un evento tiene casi siempre. Pero la buena actitud y paciencia de los asistentes hicieron que el objetivo se consiguiera.

1. http://www.slideshare.net/JISA12/resultados-encuestas-taller2012
2. http://www.ustream.tv/channel/jisa2012

INAUGURACIÓN

El acto inaugural estuvo presidido por **Enrique Cruz Giráldez**, viceconsejero Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Estuvo acompañado por **Luciano Sáez Ayerra**, presidente de la SEIS y **Julio Moreno González**, coordinador general de las Jornadas.

Enrique Cruz dio la palabra en primer lugar a **Luciano Sáez**, que comenzó dando las gracias a todos los presentes por asistir a esta nueva convocatoria de las Jornadas de Andalucía y, principalmente, al viceconsejero por ser ya la cuarta vez que nos acompaña en este acto. También agradeció la presencia de **Julio Moreno.**



Luciano Sáez, Enrique Cruz y Julio Moreno, durante la sesión de inauguración

Comenzaban aquí las XIX Jornadas de Informática Sanitaria en Andalucía que, como en ocasiones anteriores, estuvieron organizadas por la SEIS con la inestimable colaboración de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud.

Las Jornadas (Innovación y Salud) se enmarcaronn dentro de la misión de promover la investigación, el desarrollo de la innovación, la implantación y nuevo uso de las TIC en beneficio de los ciudadanos. Se trata de un encuentro de profesionales impulsores de la innovación tanto del sector sanitario como del sector tecnológico (autoridades, directivos, gestores y técnicos); un foro que analiza las tendencias y hechos innovadores y da cabida a los debates sobre el futuro. Por ello la SEIS, en su plan de acción para estos cuatro años, decidió impulsar estas jornadas potenciando su papel como jornadas de trabajo que analizan y proponen medidas de innovación para el sector salud. Gracias a la incorporación y apoyo de profesionales responsables del ámbito sanitario y tecnológico y a las más importantes entidades tecnológicas, podemos buscar, conjuntamente, nuevas y mejores respuestas a las necesidades de las instituciones que prestan servicios de salud. Hay que reconocer la labor de todos los que han participado en el desarrollo de las Jornadas de Informática en Andalucía, ya que han conseguido que sea una obligada cita anual. Es preciso destacar nombres como **Miguel Prados, Jaime Nieto** y **Jesús Galván** que tanto han hecho por estas Jornadas.

Es importante recordar algunos temas tratados anteriormente para poder comprender situación del Sistema Sanitario. En el año 98, se habló de Compartir la Información Sanitaria; en el 99, de Tecnologías Orientadas al Ciudadano; en el 2000, del Usuario Integrador de Sistemas de Información Sanitaria; en 2001, de la Historia de Salud Digital; en 2002 la Continuidad Asistencial y con el nuevo formato iniciado en el 2004 se ha tratado sobre Sistemas de Salud y su relación con los Proveedores, los Sistemas de Información Sanitarios Clave para Nuevas Estructuras, Generando Valor, los Efectos de las TIC en Salud y Eficiencias en los Sistemas de Salud, ya en el año 2011.

La Junta Directiva de la SEIS, en base a las opiniones y conclusiones obtenidas en la edición pasada, conjuntamente con el Comité Científico, acordó que el tema a tratar en esta edición fuese el Beneficio Compartido.

El escenario ha cambiado. La crisis económica acelera la necesidad de cambio en ciertos sectores. Por ello debemos adaptar la estrategia para las TIC en Sanidad a la nueva situación, con el convencimiento de que son imprescindibles para cumplir los nuevos acuerdos y modelos de colaboración objetivos del sistema de salud. El nuevo modelo debe basarse en compartir esfuerzos y recursos entre las organizaciones sanitarias, tanto en el sector público como en el privado, priorizar proyectos de acuerdo a su retorno y todo ello con la intención de compartir el beneficio obtenido.

Estas Jornadas ofrecen el marco ideal para analizar estos nuevos modelos de regulación. Temas como pasar del Riesgo Compartido al Beneficio Compartido, cómo incorporar a los profesionales y ciudadanos en esta dinámica, cómo avanzar en el consenso, la credibilidad entre las partes, el impacto del nuevo escenario en la innovación o identificar las líneas prioritarias de interés. Temas suficientemente

importantes y atractivos para que todas las partes involucradas participen.
La intervención finalizó agradeciendo la presencia de directivos y profesionales del SNS y del sector tecnológico, que aceptaron participar exponiendo experiencias propias; también el apoyo de socios y colaboradores tecnológicos, patrocinadores de las Jornadas que apuestan claramente por la Sanidad; la participación en el Comité Científico y Organizador de más de 30 profesionales del SNS y de entidades tecnológicas, con la coordinación general de **Julio Moreno**. La Científica y Dirección Técnica este año corrió a cargo de **Eloy M. Rodríguez** y **Carlos Parra**, a quienes también agradeció su trabajo, así como a todos los que participaron en la organización y desarrollo de las Jornadas.

A continuación tomó la palabra **Julio Moreno** que agradeció la confianza de los presentes en la XIX edición, dedicada a debatir y reflexionar sobre nuevos modelos lingüísticos, a avanzar desde el riesgo compartido al beneficio compartido y de gobernar a la gobernanza, donde la calidad nos ayudará a mejorar la situación actual. También agradeció la presencia del viceconsejero y que hizo extensivo a la Consejera, destacando su apoyo constante ya que "sin él, evidentemente, esto no sería posible. Es importante siempre que exista una voluntad política detrás de actos que como este reúne a empresas y usuarios en la búsqueda de soluciones compartidas", afirmó.
Seguidamente, **Enrique Cruz** dijo sentirse un clásico respecto a la inauguración de las Jornadas que van generando conocimiento. Comentó la situación existente en inauguraciones anteriores y se refirió al beneficio compartido del que "hemos disfrutado todos debido a la sociedad de bienestar que hemos conseguido entre todos", pese a que la crisis que nos afecta nos aleje del mismo. Sostuvo que tenemos los mejores gestores y profesionales para luchar contra la crisis pero hay que admitir que vamos a tener cambios que van a afectar negativamente a nuestra sociedad. "Tenemos que ser capaces de crear ciertas defensas que permitan que el sistema evolucione sin romperse; aprovechar las oportunidades que nos brindan las tecnologías de la información, porque si siempre han aportado mejoras y eficiencia ahora con mayor razón que antes; y establecer en esta nueva época elementos de defensa y desarrollo de nuestro modelo público", afirmó. "La Consejería de Salud de Andalucía ¬–dijo– se enfrenta a una nueva etapa crítica," ya que tiene que actuar unida a otro partido político y además, para reducir estructuras, se ha fusionado la consejería de salud con bienestar social. En este nuevo enfoque, cosnideró que las TIC tienen una posición muy ventajosa. En este sentido explicó que la Consejera de Salud cuando explicó en el Parlamento Andaluz cuál iba a ser la política de la Consejería, incidió en la creación de foros virtuales de formación e intercambio, como el Foro de Pacientes con Cáncer, que ya se ha puesto en marcha.
Tras desear a todos un congreso agradable y dió por inauguradas las XIX Jornadas.

PRESENTACIÓN



Carlos Luis Parra, Julio Moreno y Eloy M. Rodríguez, presentando las Jornadas.

Corrió a cargo de **Julio Moreno**, coordinador general de las Jornadas, **Carlos Luís Parra Calderón,** coordinador en Andalucía y **Eloy M. Rodríguez**, director técnico de las mismas. El coordinador general comenzó diciendo que las intervenciones anteriores, tanto de **Luciano Sáez** como del vicecon-

sejero han sido lo suficientemente elocuentes para determinar que tenemos capacidades, habilidades, destrezas y conocimientos suficientes para que la actual situación se convierta en un reto que nos va a permitir compartir los beneficios que podamos obtener de lo que es la información en el campo de la salud que nos ayude a una toma de decisiones, a una gobernanza, esa nueva palabra que surge de la eficiencia, la orientación y la calidad de los servicios que estamos ofreciendo.

En primer lugar agradeció a **Carlos Parra** y **Eloy M. Rodríguez** su abierta dedicación a las Jornadas. "Hemos compartido conferencias a través de Skype e internet que nos han acercado mas todavía al conocimiento de las tecnologías. Y hemos ido modificando dentro de ese campo tecnológico y de comunicaciones las formas que tenemos de conseguir la información a las preguntas que hagamos dentro de estos talleres a través de Bidi, recordándoles una vez más que la información que nos den será tratada como confidencial", dijo. Finalmente recordó los temas que centrarían las Jornadas, como el beneficio compartido desde el punto de vista de las administraciones y la industria y en los talleres el comportamiento de profesionales que es un aspecto importante a la hora de determinar la eficacia y eficiencia de los servicios; la gobernanza de los servicios de salud, desde el punto de vista de sacarles más rentabilidad a la información que tenemos; y el ciclo del medicamento.

A continuación **Carlos Parra** aclaró con detalle cuál iba a ser el desarrollo de las Jornadas explicando cómo iban a ser los talleres. El primer cambio que se produce es el propio lema que proviene fundamentalmente de Inforsalud. A partir del lema "Beneficio Compartido", planteamos los talleres antes mencionados para recoger las distintas opiniones y debatir. "Los coordinadores de los talleres discutirán unos casos a partir de la información requerida y normalizada recogida, y en base a esa discusión se obtendrán unas conclusiones que serán presentadas y discutidas en el taller D. Al final se presentarán los casos seleccionados de cada taller para elegir cuál es el ganador.

Al día siguiente las empresas presentarán casos de beneficio compartido con éxito, para finalmente celebrar un debate que permita terminar estas Jornadas de la manera más activa posible".

Seguidamente **Eloy M. Rodríguez** explicó que "para los más visuales que auditivos", contaría algunos aspectos fundamentales de la dinámica de las Jornadas. "Enseguida vamos a realizar la encuesta A0. La idea es sondear estos temas por los que somos convocados, con este lema ya repetido, y comparar la diferencia entre el estado de conocimiento con el que llegamos. A continuación hay un taller en la sala plenaria, el Taller A, en el que se tratará "El beneficio compartido desde el punto de vista de las administraciones y de la industria". Al final haremos una encuesta A1 y veremos si ha influido esa sesión, si se toma, se deja, o se mantiene como estaba. Después de esa encuesta tendrá lugar la primera competición entre talleres mediante una breve presentación de los responsables de cada uno para reclutar participantes el día siguiente en cada uno de ellos.

Explicó que la jornada de mañana consistiría en el trabajo de los grupos de los distintos talleres, y que la tarde se iniciaría con una sesión de presentación diferente a los talleres y con la presentación de casos concretos. Esto confluiría, según dijo, en el taller D, donde se presentarían los que fueron elegidos dentro de las sesiones de trabajo de la mañana, que luego darían a conocer su propuesta teniendo en cuenta que habrá una encuesta de valoración de los diferentes talleres, dividida por cada una de las áreas.

Dijo también que las dos sesiones iban a ser transmitidas por televisión en internet. "Creemos que al ser una sociedad científica lo que debemos hacer es difundir".

El viernes sucederán unas jornadas activas. "Todos debemos y podemos aportar con la participación en los talleres C, de grupos más reducidos donde será difundida cualquier tipo de opinión. No se trata de que unos sepan más y otros menos, ya que a veces la idea que exponga uno que esté alejado de estos trabajos puede ser la 'idea'".

Se refirió igualmente al uso del dispositivo móvil para votar, y a la posibilidad de que quien no dispusiera de dispositivo móvil pudiera utilizar el teléfono de alguno de los presentes; a la existencia de wifi gratis (a cada uno le entregarían un papel con los códigos de acceso) y al código de votación general sobre el congreso en su totalidad, información recogida en la última hoja del programa. A este respecto dijo que además de valorar los aspectos generales del programa, hay un campo de texto libre en el que agradecerían que se pusieran los detalles, puesto que "es mucho mas rica la información que se tenga: si se da un cuatro es que la gente está razonablemente satisfecha, pero queremos saber que ha faltado para no conseguir el cinco".

Explicó el procedimiento para votar de forma anó-

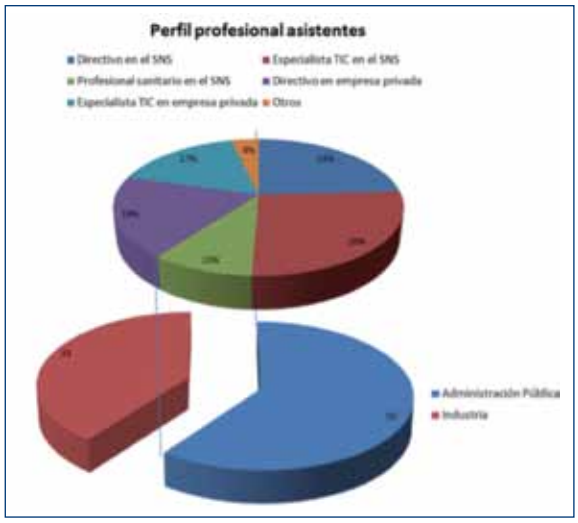
nima, bien a través de los Códifo BIDI o a través de URL. También se refirió a cómo descargar el lector de Bidi en el Smartphone directamente desde el navegador y se procedió a activar la conexión wifi para que todo el mundo votara con tranquilidad, advirtiendo que se podía dar la opinión tantas veces como se quiera.

LAS ENCUESTAS PREVIAS

Se hizo una valoración del entorno profesional de los asistentes, resultando que 50 de los 83 que opinaron se identificaron en la Administración Pública. El mayor porcentaje eran especialistas en TIC de las A.A.P.P., seguidos de Directivos del SNS y directivos de empresa privada. Un 10% eran profesionales sanitarios del SNS.

Con anterioridad al taller A y a su finalización se realizaron encuestas sobre distintos puntos de vista para valorar el punto de vista inicial y la influencia del potencial aprendizaje tras el taller.

Respecto a la primera encuesta, la A0, en la que los asistentes venían con sus ideas, a la pregunta de ¿cuál de estos objetivos le parece más importante en la colaboración público-privada?, las opiniones de la industria se fueron claramente al "beneficio", mientras que las administraciones públicas se decantaron por el "crecimiento", es decir, de salida las opiniones eran bastante discrepantes.



Perfil profesionales asistentes

Tras la conferencia, las opiniones de ambos sectores cambiaron: la industria se dividía ahora entre el "beneficio" y el "riesgo" (¿tomar riesgos para obtener beneficios?) y las administraciones se dividían entre el "crecimiento" y el "valor" (¿crecer con valor?). Lo que si es cierto es que las posiciones son contrapuestas.

TALLER A. "El beneficio compartido desde el punto de vista de las administraciones y de la industria



Julio Moreno anunció que por los cambios existentes en la Consejería de Salud, J**esús Huerta Almendros,** hasta ese momento secretario general del Servicio Andaluz de Salud, había cambiado de cargo, por lo que él ocuparía el cargo de moderador.

Tras disculpar el retraso de **Juan Guanyabens Calvet,** presentó a **Raquel Podadera Rodríguez**, responsable de Marketing & Communications Manager Southern Europe & Latin America de CSC que abordaría "El beneficio compartido desde el punto de vista de las administraciones y de la industria".

Raquel Podadera Rodríguez comentó que cuando comenzaron a organizar este taller, al partir de la base

de que el Taller A consiste en sentar las bases temáticas de lo después será el trabajo en equipo de los talleres C, pensaron que lo mejor sería traer a alguien que desde el punto de vista teórico fuera experto en temas de economía de la salud y pudiera dar su punto de vista sobre la relación público privada para presentar la temática del beneficio compartido. Y la persona elegida fue **Carlos Ostalé**. "Mañana en los talleres se profundizará en ello con los casos prácticos. Reflexionando un poco sobre lo que supone el beneficio compartido vemos que tenemos que ser mas creativos que nunca, ya que la situación exige ser mas eficientes con el menor coste posible. Parece ser que esta fórmula de cooperación público privada que también se establece a nivel europeo se presenta como una alternativa bastante factible para conseguir o llegar a conseguir este objetivo. Este tipo de contrataciones tienen sus ventajas y sus desventajas para las dos partes que participan. Para el sector privado supone una gran inversión y para el sector público la pérdida de parte de poder en la gestión. Hay una serie de ventajas como son la diversificación del riesgo, aumento del uso de capacidades, genera una relación mas duradera entre ambas partes y sobre todo permite hacer mas proyectos que es lo que en definitiva todos buscan. Lo importante, como dijo el Viceconsejero es generar valor y ahora nuestro ponente nos va a explicar como podemos generar ese valor a través del tipo de contratación público privada".

A continuación tomó la palabra **Carlos Ostalé Blanco,** economista de la Salud por las Universidades Pompeu Fabra y Autónoma de Barcelona, quien tras haber sido gerente de instituciones públicas y privadas, actualmente es director de una consultora. Ostalé ofreció una magnífica conferencia cuyo resumen incluimos a continuación.

Tras realizar un pormenorizado repaso de los antecedentes normativos habidos hasta la fecha, el conferenciante se refirió al contexto sanitario actual, diciendo que, con la experiencia acumulada en distintos entes públicos y privados, así como del extinguido Insalud, hasta una pequeña clínica en Madrid, los problemas se pueden centrar en dos. El primero englobaría los problemas que se derivan de la descentralización y, en segundo lugar, los problemas derivados de la utilización política de la Salud. Se ha usado y abusado de la salud como bandera política. La consecuencia directa es el grave problema general del crecimiento desmedido de la deuda. Es obvio que ni son todos ni tienen la culpa de todo, pero están en la raíz de muchos.

Los problemas derivados de la descentralización se pueden explicar a partir del Teorema de Descentralización de Oates (1972), según el cual, dado que las transferencias y costes de provisión de un bien público tienden a variar entre jurisdicciones, la descentralización podría incrementar el bienestar de la sociedad en su conjunto. A favor de la descentralización podemos citar la estimulación de la eficiencia a través del aumento de la competencia entre Gobiernos; la generación de ganancias de la eficiencia productiva debido a la mayor experimentación e innovación de la producción de bienes y servicios públicos. Además, las decisiones políticas locales tienen un mayor conocimiento de las necesidades sanitarias de su población y de las condiciones locales que afectan a la producción sanitaria. En contra podemos resaltar que las ganancias potenciales de la descentralización están condicionadas a la existencia de la autonomía política. Vemos una asignación ineficiente, de infraestructuras y tecnologías a la vez que se presentan pérdidas de ventaja en la negociación de contratos con los proveedores, lo que se convierte en una menor capacidad de compra. No hay evidencia de que los países con sistemas sanitarios descentralizados obtengan mejores resultados en salud.

Ahora mismo el gasto real es mucho mayor que los presupuestos y no hay ningún dato que nos diga que la tendencia del gasto sanitario disminuya. Habrá que ver las bolsas de eficiencia y por eso estamos ahora hablando de la relación público-privada y el beneficio compartido y el riesgo compartido.

Las implicaciones que tiene todo esto es la financiación de las CC AA, los proveedores, lo público o lo privadas, el papel de compra de los gobiernos que no se ha desarrollado. Hay que tener en cuenta que la sanidad siempre es pública, la salud es pública, la pagamos entre todos. Y hay que decir al gobierno que esa financiación es pública y luego el gobierno, en el ámbito de sus competencias, reparte o asigna cómo se reparte entre las diferentes comunidades. El servicio de salud, es el asegurador, el garante de la prestación del derecho a la salud en su región y para eso tiene que garantizar servicios y contrata con médicos y eso lo puede hacer como le de la gana y además lo puede hacer como servicios privados o como servicios públicos. Y estamos en este nivel de proveedor sanitario. Provisión pública o privada, ¿proveedores públicos con formato privado? Es importante aquí la retribución e incentivos que tendrá una u otra forma. Es importante el pago per capita, lo que genera unos incentivos diferentes al pago retrospectivo. Deberíamos intentar saber que opina el usuario, con la falta de participación y libertad de elección.

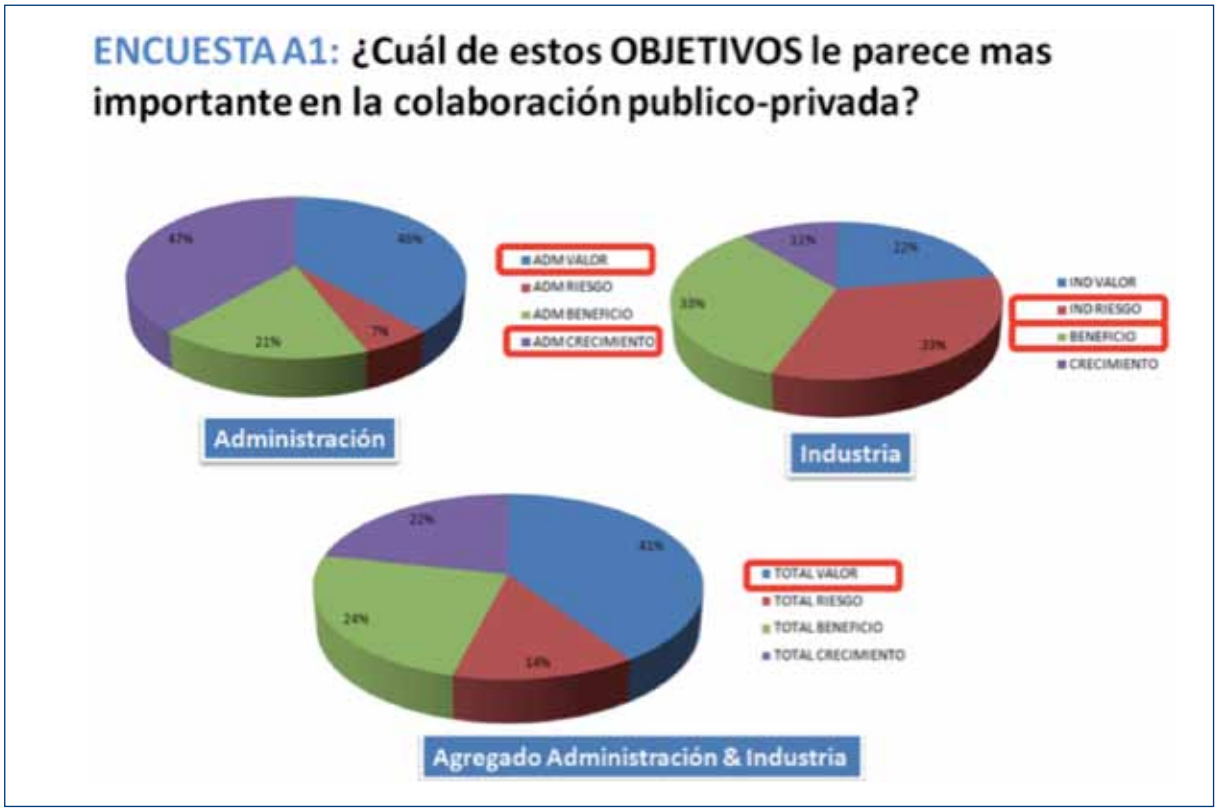
En cuanto a la Gestión Asistencial y no Asistencial Pública tenemos el MODELO TRADICIONAL en el que la gestión sanitaria está íntegramente prestada por el Sector Público, no solo los servicios médicos tradicionales, sino todos los niveles laborales. La propiedad y gestión del patrimonio, manteniendo edificios, maquinaria, equipamiento médico, servicios complementarios y accesorios, están prestados directamente por el sector público. En algunos casos, determinados servicios específicos, como limpieza y cocina, son subcontratados mediante contrato de servicios y bajo la responsabilidad directa del sector público. La construcción de un nuevo hospital implica que la CC AA disponga de las partidas presupuestarias necesarias para acometer la contratación, amplios plazos de construcción y posteriormente de equipamiento médico y tecnológico; la dotación de personal estatutario y funcionario; y su puesta en marcha posterior. No existe, o es muy escaso, el traslado de riesgos al sector público. En cuanto a la Gestión Asistencial Pública y la no Asistencial Privada digamos que dado el carácter esencialmente público de la Asistencia Sanitaria, el sector público se reserva la gestión asistencial específica (médicos, enfermería, de diagnóstico, etc.) y contrata con el sector privado la gestión patrimonial de servicios y tecnología. El resto de los contratos asociados a estos principales, se consideran integrados en alguna de las categorías anteriores. De esta forma se entienden los contratos de servicios de corta duración y escaso nivel de gestión y los tradicionales de obra, siendo su contratación y gestión responsabilidad del sector que corresponda en cada caso y en cualquier caso, como subcontrataciones derivadas del contrato principal.

Veamos ahora la gestión Asistencial pública y la No Asistencial, del sector privado. El sector privado financia la construcción de la obra pública a cambio de una tarifa y la posterior explotación. El sector público no tiene que pagar nada hasta la puesta a disposición de la obra y, al no ser propietaria de la misma, no le computará como deuda en sus presupuestos anuales, destinando solo a gasto los pagos anuales que vaya realizando al concesionario y una vez revertida la obra pasará a su balance. Por tanto, la Administración consigue hacer, en un corto plazo, grandes infraestructuras sanitarias sin perder el carácter de público y centrándose exclusivamente en la actividad que está obligado a prestar y de la que dispone de recursos humanos y especializados necesarios. Esto incluye, no sólo la financiación, construcción, dotación tecnológica y explotación del hospital, sino también la prestación de los servicios accesorios necesarios para la Asistencia Sanitaria como servicios de restauración, Archivos Médicos, Logística, Equipamiento Médico, Informática, Gestión Energética, etc., así como la explotación de zonas comerciales que contribuyan a la financiación del proceso.

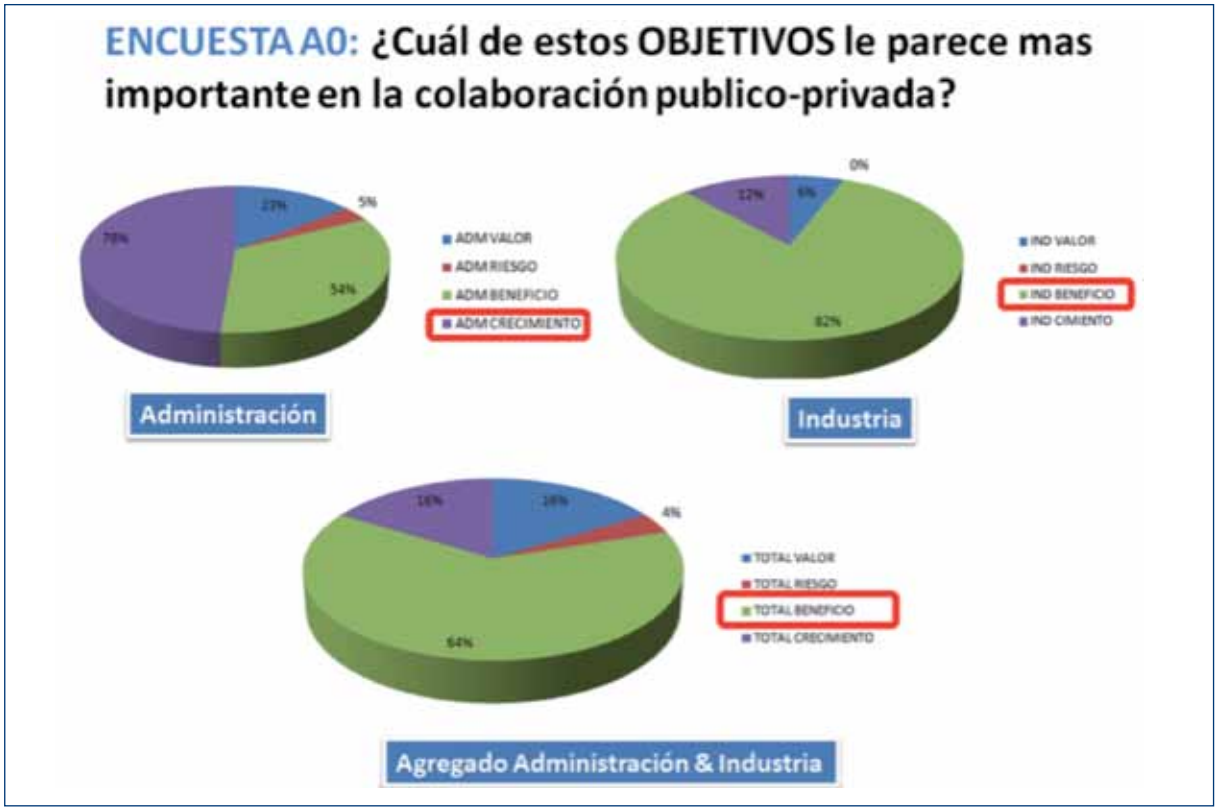
Se trata de contratos a largo plazo, de 25 a 30 años, en los que existe un amplio traslado de riesgos: de obra, de disponibilidad y, en muchos casos, también de demanda al estar asociada ésta a la fórmulas de retribución. La principal dificultad de estos modelos surge por la elaboración de contratos a largo plazo, la pérdida de control de determinadas actividades sensibles y el mayor coste. La concesión de Obra Pública la resumimos en el cuadro siguiente.

CCAA	Hospital	UTE adjudicataria	Apertura	Concesión	Canon anual
Madrid	Puerta Hierro	DRAGADOS-SUFI-BOVIS	2007	30 AÑOS	44,5
	Parla	SACYR-TESTA-VALORIZA	2007	30 AÑOS	13,8
	Coslada	SACYR-TESTA-VALORIZA	2007	30 AÑOS	14,9
	Vallecas	BEGAR-CAJAMAR-VECTRINSA-FUENTE SANTAMARIA-ARTURO CANTOBLANCO-PLODER	2007	30 AÑOS	15,4
	Arganda	OHL-FCC-CAJAMADRID	2007	30 AÑOS	9,9
	Norte	ACCIONA CRESPO Y BLA	2007	30 AÑOS	17,9
	Tajo	SANDO-HISPANICA	2007	30 AÑOS	9,0
Baleares	Son Dureta	DRAGADOS-FCC	2010	30 AÑOS	21,0
Casti-León	Burgos	GRUPO NORTE-OHL CAJAMADRID	2009	30 AÑOS	38.0
Galicia	Vigo	ACCIONA_PUENTES y CALZADAS, ALTAIR		20 AÑOS	56,3

En los nuevos hospitales de Son Dureta y Burgos los costes energéticos corren íntegramente a cargo del concesionario, mientras que en Madrid, el pago de la energía se realiza por la Comunidad.
Castilla y León incluye en el concurso de dotación y reposición del mobiliario y equipamiento básico, el equipamiento médico y el instrumental (que en Madrid no se incluye en la concesión), y excluye, como Madrid, la alta tecnología.
En Baleares, se incluye la dotación y reposición del mobiliario y equipamiento básico y también el equipamiento médico y el instrumental y excluye, como Madrid, la alta tecnología y los sistemas de información. Las penalizaciones por posible fallos de servicio pueden llegar a 100% de canon en Madrid, pero no en Castilla-León y Baleares. La gestión del almacén de suministros retenida por el IBSalut en el caso de Baleares, al ser considerada como un aspecto estratégico en la gestión del servicio sanitario hospitalario, no deja parte de la cadena de aprovisionamiento en manos de terceros.
Citemos cosas que han hecho gente dispar. Este modelo ha utilizado empresas públicas e intermediarias. Se trata de una fórmula de financiación a través de empresas públicas gestoras de infraestructuras sanitarias (Gisparsa y Giscarmsa,
respectivamente) que actúan como un PFI y construyen el hospital mediante recursos propios y mediante créditos, tanto de entidades privadas como del Banco Europeo de Inversiones, por ejemplo en Murcia (Cartagena y Mar Menor) y en Asturias (Central).
El único accionista de estas gestoras de infraestructuras es la administración pública. Al igual que en el modelo PFI, recuperan, mediante un canon de 30 años, la inversión efectuada y, en su caso, el coste de los servicios no sanitarios, que serán externalizados por la concesionaria, con una diferencia de ambos componentes (construcción y servicios) en el canon.
La primaria solo está desarrollada en el modelo valenciano. Tenemos el Hospital de Torrevieja, Alcira, Denia, Elche y Manises. A estos se les da la gestión del servicio público, pero no solamente la especializada sino toda la asistencia sanitaria, incluida la primaria. Y cabe preguntarse quién controla la actividad de ese hospital. Y esto viene porque el hospital de Alcira quebraba y eso condicionó que entrara la primaria y se quedó con la primaria y la especializada, de tal manera que ellos sabían que actividad podían controlar. En cualquier caso donde está desarrollado y mucho fue en Madrid.
Para ir acabando digamos que en lo que respecta al mercado de proveedores privados, la relación entre los sistemas públicos y los proveedores ha cambiado. Se tiende a fomentar la estabilidad de los proveedores. Esta relación puede ahora ser tutelada por terceros a varios niveles (figura del gestor integral de proyecto): prospección, elaboración de pliegos y compra, detección de necesidades y mediadores en oferta de soluciones integrales. No hay visión de competir en concursos públicos por servicios. Algunas necesidades futuras en servicios sanitarios son: nuevas infraestructuras, rendimiento energético de los centros, adquisición de mantenimiento-reposición de tecnologías, externalización de Áreas Asistenciales y Gestión Tecnológica. Como necesidades en otros centros citemos: equipamiento y tecnologías, gestión externa de la investigación, centros de estados saludables y externalización de servicios.
En cuanto a expectativas y posibilidades hay que advertir que la situación actual está cambiando, y nos encontramos en un entorno de importantes modificaciones, en el ámbito sanitario, así como en el sector económico. A nivel económico es sabido que nos encontramos en una época de recesión económica y dentro del SNS estamos en una situación en la que la demanda crece exponencialmente mientras que los recursos son cada vez mas escasos, produciéndose así un déficit.
Por otro lado el sistema público también está cambiando. La nueva Ley de Contratos del Sector Público ofrece nuevas vías de contratación, que pueden ser, potencialmente, beneficiosas para las empresas. Los contratos de colaboración pública-privada están haciendo que la relación del proveedor evolucionen a una posición mas colaboradora. Esta colaboración supone que los agentes privados están financiando a la administración por lo que hay que valorar hasta donde puede llegar esta colaboración por parte de las empresas.
Esta situación de cambio se realiza de manera gradual y no será para el 100% de los proyectos del mercado, pero sería conveniente cuantificar el porcentaje de proyectos que se pueden llevar a cabo bajo estas premisas. Es bastante probable que esto se produzca en proyectos que tengan que ver con el equipamiento de infraestructuras y grandes estructuras que necesiten gran cantidad de financiación de entrada.
Quiero, para terminar, dar una imagen de la monitorización. Sirva como ejemplo la monitorización del Hospital de Son Espases. La definición de las necesidades a satisfacer implica el conocer qué queremos medir, cómo y dónde lo vamos a hacer y cómo éste servicio se integrará en los distintos procesos del hospital.



Objetivos antes del taller



Objetivos antes del taller

Recordemos que la monitorización no es que salga todo en una pantalla, sino que tengamos regulado el movimiento del paciente desde que entra en el hospital hasta que sale.

Las votaciones previas a la presentación del taller fueron:

característica\valoración	1	2	3	4	5
OBJETIVO	11	3	36	10	0
MODALIDAD	3	10	38	3	6
REGULACION	11	35	13	0	0
IMPORTANTE	35	5	4	0	6
ETAPA	20	11	20	1	7
CONFIANZA	29	25	7	0	0
EXPERIENCIAS	9	14	24	13	0
OPINION	7	36	8	9	0
FUTURO	3	26	16	17	0

Las valoraciones posteriores a la presentación del taller fueron:

característica\valoración	1	2	3	4	5
OBJETIVO	15	5	10	8	0
MODALIDAD	3	7	21	2	5
REGULACION	14	18	6	0	0
IMPORTANTE	17	2	4	4	2
ETAPA	12	8	15	1	2
CONFIANZA	19	15	4	0	0
OPINION	5	19	4	10	0
FUTURO	5	18	8	7	0

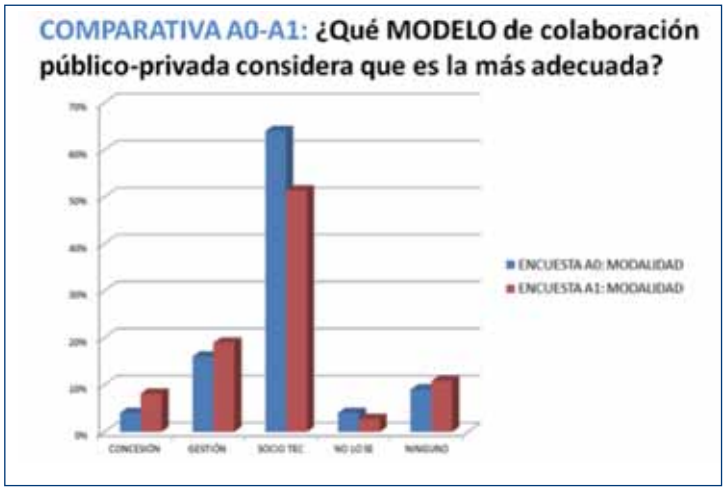
Comparativa del estado de opinión antes y después del Taller A

Dado el mayor peso de los asistentes de las administraciones públicas, el objetivo más votado finalmente es el "valor" en detrimento del "beneficio" que inició las Jornadas en primer lugar. Por tanto, debemos entender que la audiencia considera que obtener "valor" es el principal objetivo de acometer proyectos de colaboración público-privada. Véase la ilustración siguiente.

La siguiente pregunta era: "¿Qué modelo de colaboración público-privada considera que es el más adecuado?". En este caso la audiencia se decantó tanto antes como después por el modelo de Socio Tecnológico con amplia mayoría de los asistentes de la industria y de las administraciones. Tras la conferencia del taller A, la diferencia entre Socio Tecnológico y Gestión de Servicio Público bajó un poco pero, como se ve en la ilustración siguiente, hay más de 30 puntos de diferencia.

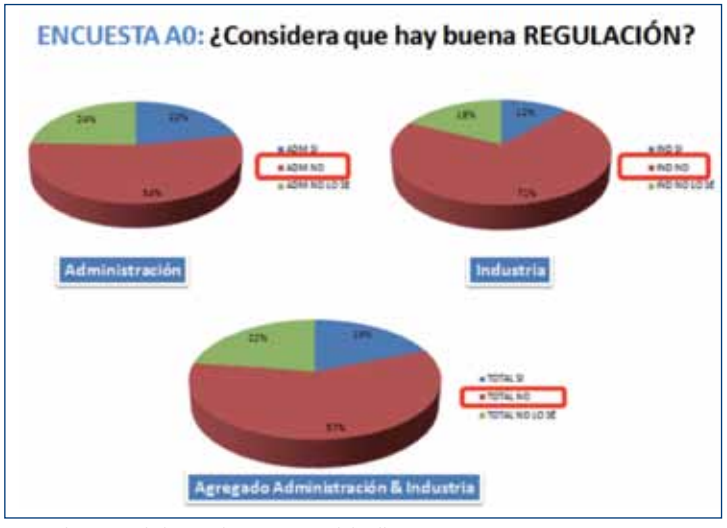


Comparativa antes y después del taller A

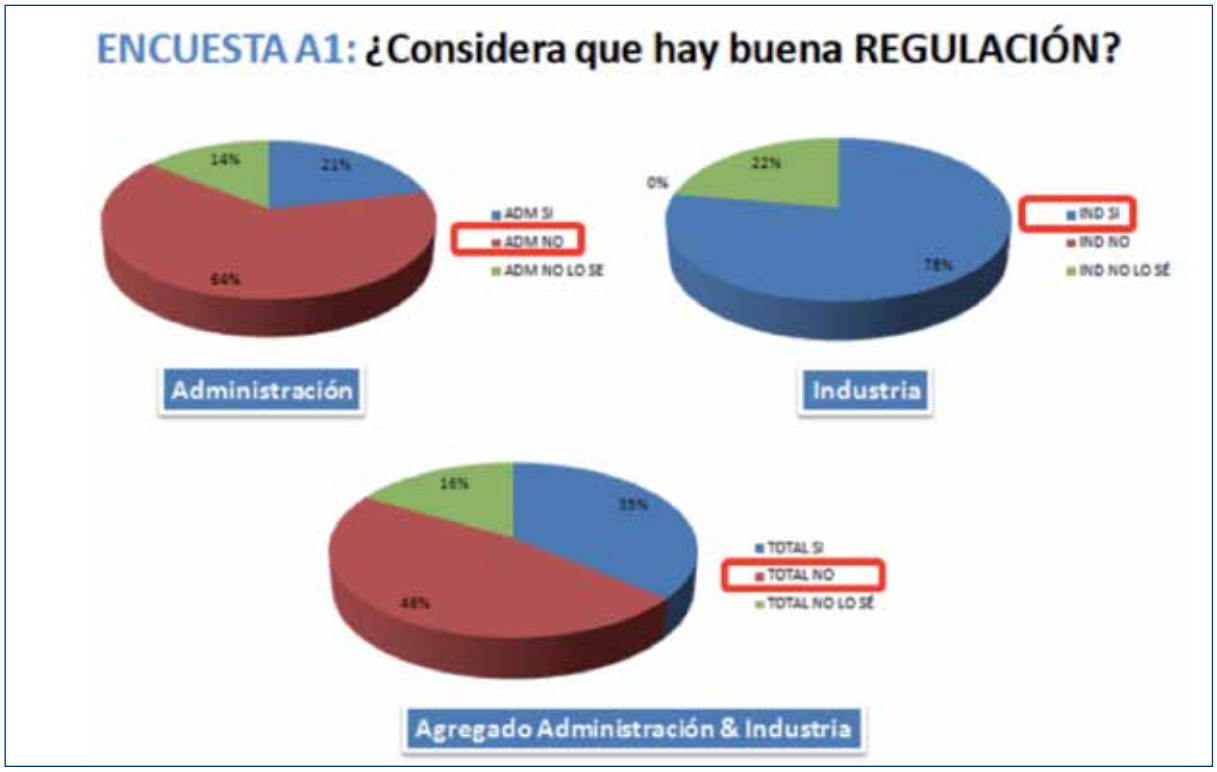


Modalidad preferida antes y después

Una pregunta con resultado curioso fue: "¿Considera que hay una buena regulación?". Al comenzar las Jornadas, tanto la industria como la administración decían que no, con una amplia mayoría. Pero la conferencia hizo milagros. La administración reforzó su no, pero la industria dio un giro radical y el 78% opinó al final que sí. Suponemos que es cuestión del aprendizaje, pero ¿qué sería exactamente lo que refuerza la idea de que la regulación no es adecuada entre los contratantes y que sí en los contratados?. Véanse las dos ilustraciones siguientes.



Consideración de la regulación antes del taller A



Consideración de la regulación, después del taller A

Dado el mayor número de votantes de la administración el resultado global es que no se considera que hay una buena regulación. Ante esta situación las preguntas son si las administraciones harán algo para solucionar esa inquietud, si se van a amoldar con lo que hay o si no van a moverse hasta que hayan solucionado los problemas que ven.

La siguiente pregunta era sobre lo que consideraban más importante en la colaboración público-privada. Antes del taller la respuesta masiva fue la confianza tanto por la industria como por la administración. Tras el taller, la administración mantuvo su posición pero la opinión de la industria se dividió entre la confianza y la garantía de cobro. En total, la confianza es finalmente lo más importante, pero la exigencia de consorcios y el cobro ganaron relevancia

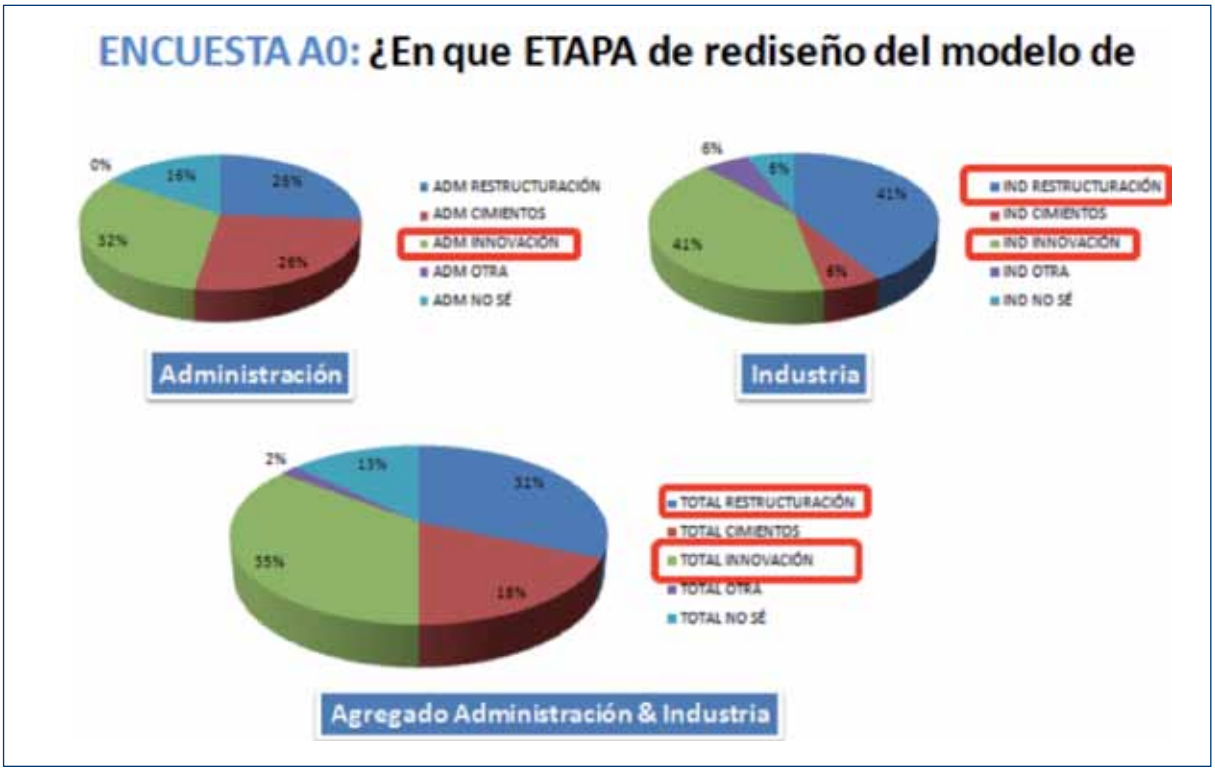
A la pregunta sobre la etapa en que se encuentra el rediseño del modelo de eHealth, de entrada la administración opinó que era la de innovación, mien-



Lo mas importante después del taller A



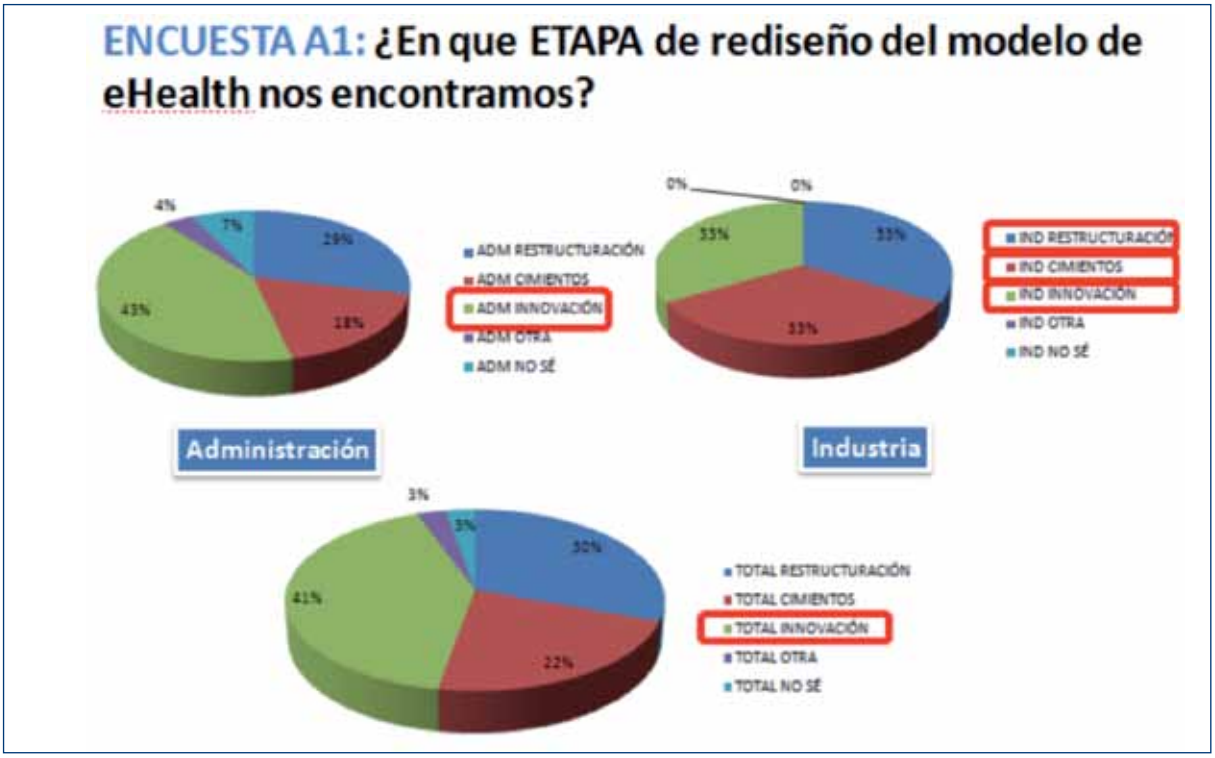
Lo más importante y después del taller A



Etapa del rediseño de la eHealth, antes del taller A

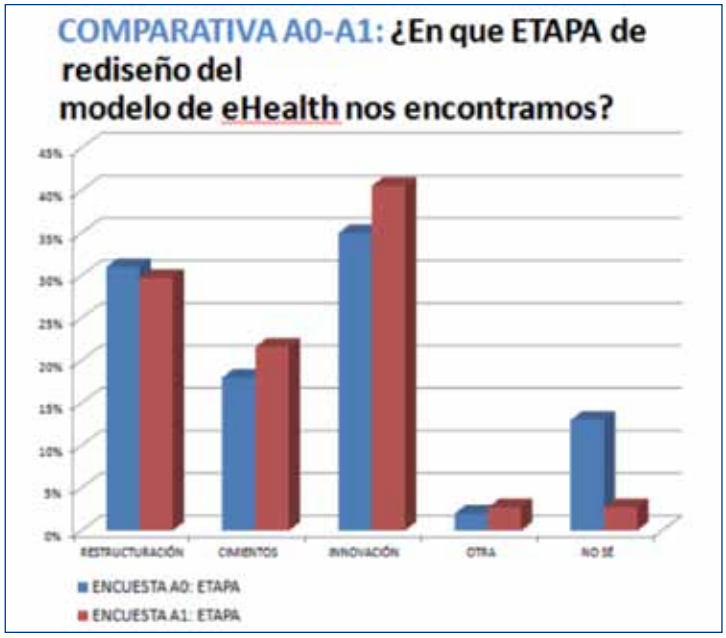
tras que la industria dudaba entre la innovación y la reestructuración. Tras la conferencia del taller A, la administración mantuvo su posición pero la industria añadió a sus dudas la etapa de cimentación. El mayor número de votantes de la administración decantó el resultado global hacia la innovación. Véanse las ilustraciones 11,12 y 13.

A la pregunta sobre la etapa en que se encuentra el rediseño del modelo de eHealth, de entrada la administración opinó que era la de innovación, mien-



Etapa del rediseño de la eHealth, tras el taller A

tras que la industria dudaba entre la innovación y la reestructuración. Tras la conferencia del taller A, la administración mantuvo su posición pero la industria añadió a sus dudas la etapa de cimentación. El mayor número de votantes de la administración decantó el resultado global hacia la innovación. Véanse las tres figuras siguientes.

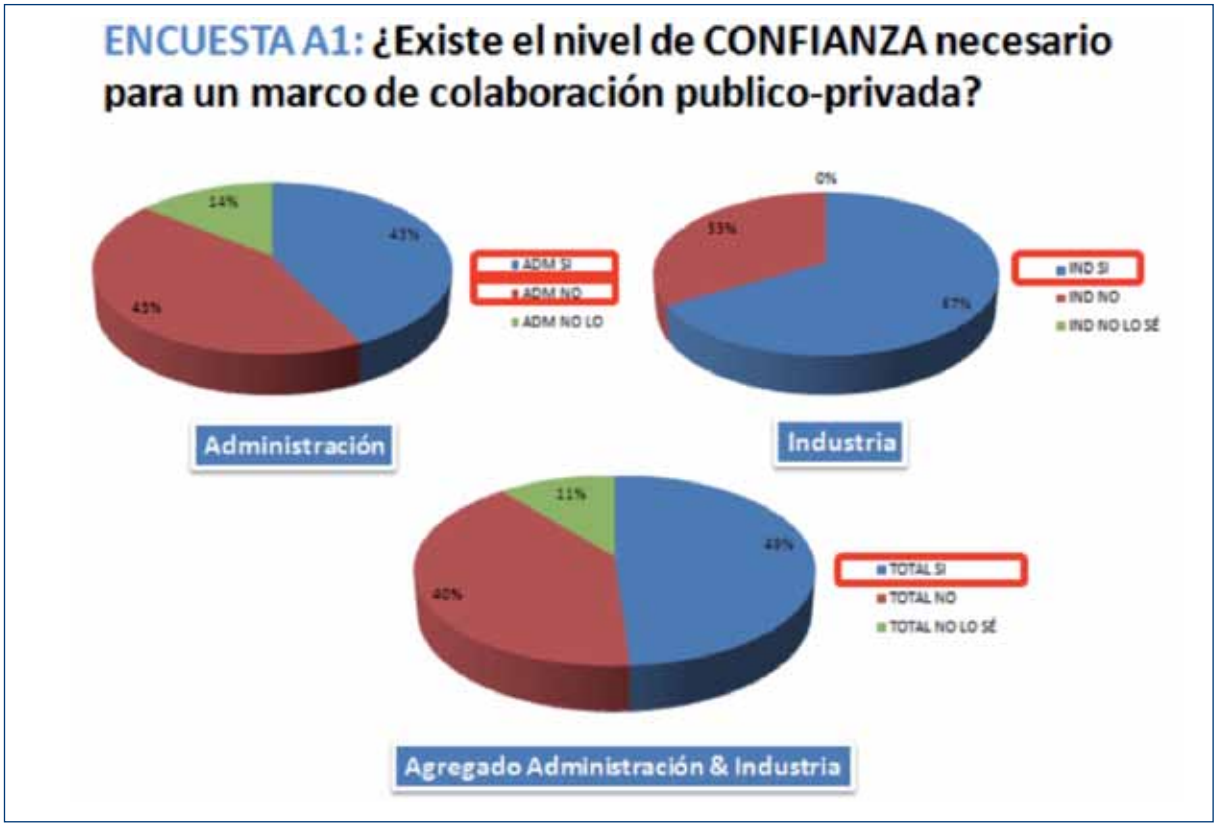


Etapa del rediseño del eHealth, antes y después del taller A

En la encuesta A0 veíamos que la sala consideraba la confianza el factor clave del éxito. En la siguiente pregunta se cuestionaba si realmente la había. De inicio se impuso el sí por un margen de 10 puntos, tanto en la industria como en la administración. No obstante, tras el taller A, la administración reflejó un empate entre el sí y el no, mientras que la industria se posicionó con el sí de manera manifiesta. Véase ilustración siguiente.

La combinación de esta respuesta con la desconfianza de la administración pública sobre la regulación existente posiblemente deje un panorama un poco preocupante, ya que, aunque globalmente se considera que hay confianza por un margen de 9 puntos, quien realmente la tiene es la industria, que, además piensa que hay una buena regulación, mientras que la administración no lo tiene tan claro. Si a esto unimos que la confianza es clave, parece que la propia administración tiene trabajo pendiente.

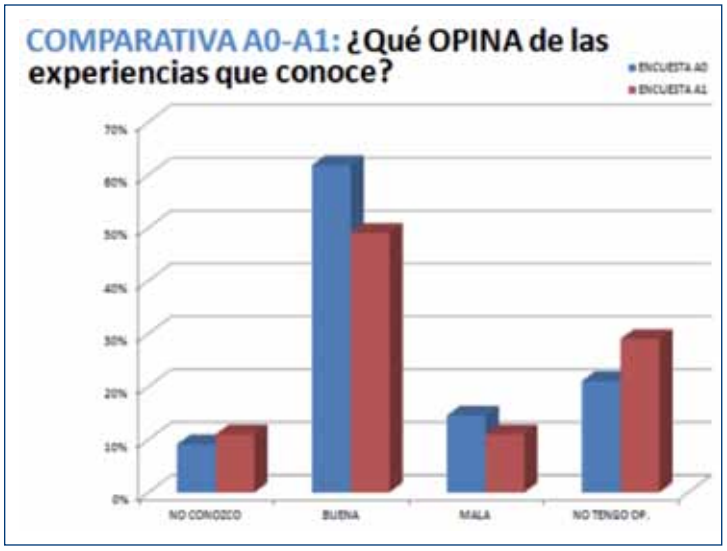
La siguiente pregunta sobre el número de experiencias de colaboración público-privado que conocían demostró que la conferencia del taller A clarificó los temas, de forma que las respuestas tras la misma manifestaban que la audiencia encuadraba como proyectos de colaboración público-privada alguno que no lo era. Y tanto en la primera como



¿Hay realmente confianza?. Respuestas tras el taller



Número de experiencias de colaboración público-privadas conocidas, antes y después del t.aller A



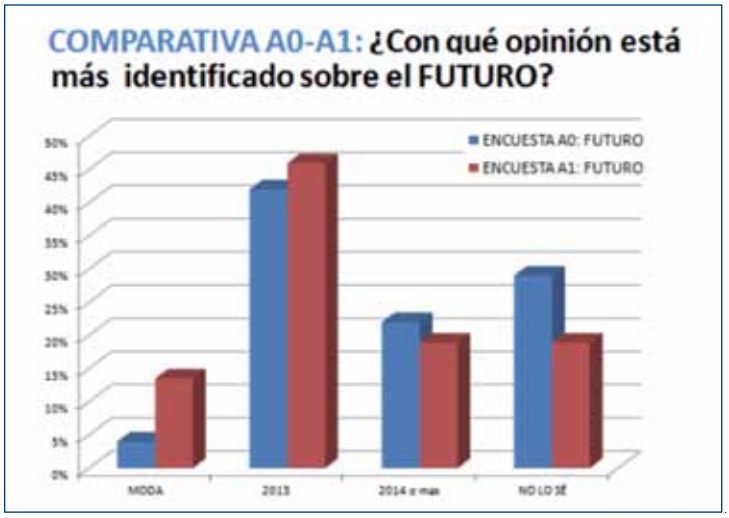
Opinión sobre las experiencias conocidas, antes y después del taller A

en la segunda votación, la administración conocía más casos que la industria. Véase el resumen en la ilustración.

Preguntada la audiencia sobre la opinión que tenía sobre las experiencias que conocía la ventaja de la buena opinión sobre la mala se mantuvo en ambos sectores en los 50 puntos antes y después del taller, aunque tras el mismo el número de indecisos creció. Por tanto, parece que la experiencia suele ir bien, pese a que la administración opina que no está bien regulada y no tiene tanta confianza como la industria. Ver la ilustración siguiente

Y, por último, se preguntó a la sala sobre su visión para el futuro y tanto la industria como las administraciones, antes y un poco menos tras el taller, creen que el año de empezar a ver profusamente estos proyectos será el 2013. Véase la ilustración.

A la vista de estos resultados, el panorama es bastante optimista. Parece que hay buena percepción de los casos en marcha, razonable nivel de confianza, identificada como clave del éxito y sólo hay un pero en las dudas que surgen en las administraciones sobre la correcta regulación. Y parece que el 2013 será el año de los proyectos de colaboración público-privada.



Previsiones de futuro, antes y después del taller A

PRESENTACIÓN DE LOS TALLERES







El taller C1 (El comportamiento de profesionales) fue presentado por **Óscar San Martín** y **Francisco Javier López Narbona**, ya **que Celia Gómez** no pudo asistir. Óscar anunció que presentarían tres casos para discutir, basados en casos reales. Uno relacionado con la teleasistencia; el segundo con los planes de desarrollo individual para profesionales y el tercero sobre la participación ciudadana en la gestión.

A continuación, **Gregorio Gómez** y **Silvia Delmás** promocionaron el taller C2, dedicado a la gobernanza, con el análisis de dos casos reales.

El taller C3, dedicado al ciclo del medicamento, dada la ausencia de **Zaida San Pedro** fue presentado por **Montserrat Hernández** y **Ana Romero Costeras**, Marketing Programmes Manager de InterSystems. Pretenden partir en su taller de una situación totalmente en auge ya que estamos en un momento crítico y el medicamento se está viendo afectado por diferentes normativas.

TALLER C1. EL BENEFICIO COMPARTIDO EN EL COMPORTAMIENTO DE PROFESIONALES



Los dinamizadores ponentes fueron **Guillermo Vázquez González**, **Isabel Granda Alonso**, **Tomás Gómez Cía**, **Martín Begoña Oleaga**, **Manuel Bayona García**, **Javier Suárez Carrasco**, **Virgilio Yagüe**



Galaup, Mikel Ogueta Lana, Javier Ferrero Álvarez y **Francisco Mochón**.

El taller contó con la presencia de 33 personas. Al inicio de la sesión se presentaron tres casos que fueron evaluados en función de cuatro criterios: comprensión (nivel de comprensión de cómo el servicio e-Salud difiere de la práctica actual), compromiso (nivel de compromiso de los usuarios y estamentos involucrados con este servicio de e-Salud), mejoras (nivel de mejoras en los resultados de los usuarios y entidades involucradas) y métricas (calidad y fiabilidad de los indicadores de beneficio).

Martín Begoña presentó el caso uno que consistió en un sistema de teleasistencia de pacientes crónicos: proyecto Teki. Se trata de un sistema que proporciona un beneficio compartido en todas sus dimensiones: en los profesionales, pacientes, sistema sanitario, empresa y sociedad. Este sistema pretende fomentar la asistencia no presencial, mejorar la adherencia de pacientes y su calidad de vida.

Manuel Bayona presentó el caso dos que consistió en la participación en las UGC. La presentación se inició con los cambios que se han producido en los procesos relacionales, en los que el médico tiene un papel distinto ya que los pacientes están más informados y exigen un nivel de información y participación mayor. Para conseguir este objetivo, se desarrolla una red de participación ciudadana que agrupa ciudadanos y profesionales en estructuras no jerárquicas (comisiones).

Javier Ferrero presentó el caso tres que consistió en una aplicación para la gestión de planes de desarrollo individual. Esta aplicación pretende favorecer la elaboración de planes de desarrollo y gestión de la formación en el Servicio Andaluz de Salud.

Finalizadas las presentaciones se constituyeron tres grupos de trabajo para evaluar cada uno de los talleres. Se destacaron los puntos fuertes de cada caso y se procedió a la votación de caso ganador, resultando seleccionado el caso uno: teleasistencia de pacientes crónicos: proyecto Teki. Sobre este sistema se destacó que es un modelo que supone un cambio asistencial, alineado con la estrategia sanitaria ya que asegura la continuidad asistencial. Además este sistema facilita el compromiso de los profesionales, pacientes y administración, dando como resultado mejoras de eficiencia, mejoras en la información que permite a los profesionales tomar soluciones óptimas y mejoras en la movilidad de los pacientes.

TALLER C2. BENEFICIO COMPARTIDO EN... LA GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD

Bajo el título "Beneficio compartido en… La gobernanza del sistema de salud", la sesión fue dirigida por **Gregorio Gómez Soriano**, y **Silvia Delmás Filgueira** y contó con los siguientes dinamizadores: **Mercedes Castiel,** de EMC; **Juan Carlos Muria-Tarazón**, consultor de Sanidad de FUJITSU; **Fernando Gallego Rodríguez,** gerente de Hospital V. Álvarez Buylla; **José Manuel Aldamiz-Echevarria Iraurgui**, coordinador de Sistemas de Información del Sector Sanitario de Huesca del Servicio Aragonés de SALUD; **Carlos Gallego Pérez**, de la Oficina d'Estandards i Interoprabilitat TicSalut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y Juan **Antonio López Vilaplana**, jefe del área de



Informática, Telecomunicación y Organización de la Agencia Valenciana de Salud. Y como secretarios científicos a **Germán Antonio Escobar Rodríguez** y a **Ricardo González Otal,** del Grupo de Innovación Tecnológica del H. U. Virgen del Rocío.

El taller comenzó cuando tomó la palabra **Gregorio Gómez**, dando la bienvenida a los dinamizadores y a todos los asistentes. A continuación se explicó la dinámica que se iba a utilizar en el Taller: Se realizaría una exposición sobre la gobernanza en las TICs, a continuación se presentarían los casos sobre los que se trabajaría en todo el taller y al final se seleccionaría uno de los casos para la presentación en el próximo taller D.

La exposición corrió a cargo de **Juan Carlos Muria-Tarazón.** En esta exposición se inició con la utilización de la definición de Gobernanza recogida en ISACA. Tras esto se comentó la importancia de la alineación de las iniciativas con las líneas estratégicas. Se matizaron puntos interesantes sobre la gobernanza en TICs dentro de los cuales está la necesidad de que aparezca el liderazgo, una estructura y un proceso. Se comentó, como punto clave la importancia del establecimiento de indicadores.
En esta exposición se habló también del informe de la OCDE "Optimización del uso de las TIC" en España, donde surgen los siguientes retos clave comunes: armonización de estrategias en todos los niveles de gobierno, garantía de que los recursos están bien priorizados y aumento de la captación de usuarios
Después de esta introducción se abrió un periodo donde se debatieron temas interesantes sobre la percepción o no de la existencia actual de un modelo de gobernanza global e incluso se puso a debate si existe importancia en el liderazgo de la armonización.
Este interesante debate tuvo final cuando llegó la hora de presentar la metodología que se utilizó para la valoración de los casos de éxitos que corrió a cargo de **Silvia Delmás.** Estos estarían basados en la valoración según cuatro criterios: Comprensión, Compromiso, Mejoras y Métricas.
El primer caso que se presentó fue un proyecto de teleconsulta de asistencia sanitaria en las Western Isles (UK). Sobre este caso se debatió bastante. Algunos puntos sobre los que se hablaron fueron la existencia o no de gobernanza e incluso algunos asistentes comentaban si realmente estaban bien definidos los indicadores que podían ayudar a definir si la gobernanza había sido buena. Este caso se valoró según, los criterios establecidos, dando lugar en cada votación por criterio a más debate sobre el caso.
Por último, se planteó el segundo caso que trataba sobre el despliegue de un sistema de gestión clínica orientada a la mejora de la atención al paciente y resultado en salud. El objetivo que se debatió fue, como transferir el riesgo del uso de manera que sea viable. Esto suscitó un debate enfocado hacia el riego y beneficio compartido.
Tras la presentación del segundo caso se realizó la votación y se llegó a la conclusión de que el primero sería el seleccionado para la presentación y defensa frente a los talleres C1 y C3 durante el taller D.

TALLER C3



Estuvo coordinado por **Montserrat Hernández** y **Ana Romero**. Los ponentes fueron **José Manuel Simarro, Javier López, José Manuel Morales, Antonio Poncel, Antonio del Barrio, Alberto Gómez. José Mª de la Higuera** y **Olga Murciano**.

El taller contó con la presencia de 34 personas (60% personal de servicios sanitarios y 40% personal de empresas proveedoras) que debatieron sobre la percepción del impacto de la normativa en el ciclo del medicamento. Como presentación, este taller comenzó con la revisión del ciclo de medicamento por parte de Montserrat Hernández, desde la aprobación de la industria hasta la inclusión dentro del nomenclátor de medicamentos definido por el Ministerio, su dispensación y facturación. En esta revisión se hizo hincapié en el informe SEIS sobre "La gestión del medicamento en los servicios de salud" (2008) por su carácter innovador en la aplicación de las TIC en el ciclo del medicamento, incluyendo fuentes de información de medicamentos, sistemas de ayuda a la prescripción, facturación de las oficinas de farmacia y receta electrónica. A partir de ellos se trabaja en una gestión de costes, la evaluación de prescripción y consumo utilizando indicadores adecuados y todo lo relacionado con los sistemas de información aplicado al medicamento.

Posteriormente se realizan cuatro ejercicios prácticos que analiza la visión de gestores, pacientes, profesionales sanitarios y en tecnologías de la información sobre diversas normativas. Los ejercicios analizaron la prescripción por principio activo establecida en el Real Decreto de Ley 9-2011. También incluyeron el debate sobre el impacto del Real Decreto de Ley 16-2012 que trata de la condición del asegurado, las aportaciones de usuarios a la prestación farmacéutica y las dispensaciones.

En los ejercicios los asistentes se dividieron en cuatro grupos aportando la visión de los grupos de usuarios. En sus aportaciones se resaltó la importancia de la receta electrónica y los requisitos de interoperabilidad. También alertaron que los plazos establecidos en la regulación demasiado cortos por lo que pueden provocar falta de madurez en las soluciones adoptadas. Los usuarios debatieron sobre los beneficios y riesgos de establecer una base de datos poblacional a nivel nacional que integre información de fiscal y sanitaria.

Como conclusión los asistentes reclaman que será necesario establecer métricas para cuantificar costes y beneficios con los que poder optimizar los gastos en medicamentos y aumentar la seguridad de los pacientes. Estas métricas deberán permitir un análisis del impacto de estas medidas introducidas y aportar más transparencia, facilitando que los ciudadanos tengan acceso a una información más detallada sobre los gastos por comunidad autónoma en esta área.

EJEMPLOS DE EXPERIENCIA DE BENEFICIO COMPARTIDO (I)

Esta mesa estuvo moderada por **Ana Ceballos Guerreros**, subdirectora de Tecnología de la Información del Servicio Andaluz de Salud y contó con la participación de **David Reche**, de Intersystems, que abordó "El beneficio de usar y compartir todos los datos"; **Pedro Vivancos**, de Microsoft, que habló



David Reche, Ana Ceballos, Pedro Vivancos y Antonio López Abad

sobre "INVOX Quirófano: Control de consumos en quirófano mediante órdenes de voz" y **Antonio López Abad**, de Fujitsu, que puso "Ejemplos de experiencias de beneficios compartidos".

David Reche comenzó intentando demostrar con una transparencia cómo evolucionan los proyectos en Sanidad. Inicialmente, comentó, "hemos pretendido traspasar la información que teníamos en el hospital en papel, a sistemas digitalizados. Esta fase la podríamos denominar de captura. Una vez que hemos digitalizado la información, el paso siguiente es compartir ésta entre comunidades, médicos y dentro de diferentes servicios del hospital, para poder aprovecharla, para poder dar una mejor atención, etc. Ahora estamos en esta fase de poder compartir la información, pero nos falta todavía comprenderla y poder determinar todo su significado y, sobre todo, entrar en la última fase que podemos llamar de actuación. Una vez que hayamos comprendido la información podemos acometer acciones que permitan dirigir el rumbo de las organizaciones tal y como deseemos.

Para ello InterSystems ha ofrecido históricamente una serie de herramientas que resuelven, o al menos ayudan a que nuestros clientes puedan resolver sus problemas en cada una de las fases que hemos mencionado".

Se refirió a Caché, "como la base de datos nº 1 en Sanidad, de Ensemble" de la que dijo que es "la plataforma de integración mejor valorada y, por último, de HeathShare que calificó como la 1ª plataforma en el mercado para la interoperabilidad Sanitaria.

Partiendo de la pregunta "Qué significan todos los datos", puntualizó que en una organización "tenemos datos estructurados y no estructurados y de hecho, los analistas indican que los datos no estructurados representan menos del 30% de la información que circula. Sin embargo, las decisiones de negocio se basan en todos los datos y no debe ser una opción no tener en cuenta información de la que ya disponemos. La intención de InterSystems es ofrecer herramientas. Hay software que ya puede almacenar todos los datos pero solamente con determinadas herramientas podemos usarlos. Para ello nosotros aportamos dos herramientas concretas, dos tecnologías. La primera es DeepSee que proporciona analítica activa mejorando las aplicaciones transaccionales con capacidades de inteligencia de negocio embebido en tiempo real. Sus componentes principales son el modelo de datos que es la definición de la estructura que queramos analizar y las dimensiones típicas de un cúmulo de inteligencia de negocio. Tenemos la herramienta arquitecto que es la que permite diseñar este modelo de datos. Por otro lado contamos con el motor de consulta que es el que, partiendo del modelo de datos, permite diseñar consultas para obtener la información que necesitamos. Para eso tenemos una herramienta que es el analizador que explora y muestra los datos y por otro lado tenemos el portal de usuario que va a permitir construir cuadros de mandos que puedan ofrecer, de una manera sencilla, información de los datos".

"Para obtener información sobre esos datos –continuó– tenemos una tecnología que se llama AINOL y que se utiliza para analizar el texto de una forma

genérica. Además es proactiva y no necesita un conocimiento previo del entorno, no necesita palabras ni diccionarios, ni ninguna preparación previa. De hecho, ni siquiera necesitamos saber qué vamos a buscar. La idea es directamente que encontremos cosas, que encontremos algún conocimiento. AINOL es independiente del dominio. En definitiva facilita las aplicaciones de "hacer algo" con el texto.
La funcionalidad de AINOL, lo que hace es, básicamente, identificar grupos de palabra con sentido que llamamos entidad. Para ello utiliza modelos de lenguaje que se consiguen para cada idioma en concreto y es capaz de definir y encontrar palabras y conceptos. Las entidades y su concepto son la base para hacer consultas a través del texto, una vez que hayamos indexado la información y que hayamos conseguido señalar los conceptos que hay dentro del contexto, vamos a poder hacer consultas sobre ello y vamos a poder confrontar los conceptos que existen con un conjunto de términos ya registrados".
Finalizó su intervención con un ejemplo ilustrativo sobre accidentes de aviación para descifrar mejor lo mencionado anteriormente.

En segundo lugar intervino **Pedro Vivancos,** representante de la empresa que junto con Microsoft está desarrollando un programa para reconocimiento de voz aplicado a la Sanidad. Puntualizó que durante el año y medio que llevaban desarrollando soluciones para Sanidad habían desarrollado una dedicada a informes médicos, pero quisó centrar la atención sobre otra solución más particular, que trata de saber con exactitud qué se consume en un quirófano durante una determinada operación.
"Con nuestra aplicación, la persona que se encarga de conocer el consumo tiene plena libertad de movimientos, se puede mover libremente por el quirófano. La voz ayuda a que la recogida de datos sea inmediata. Simplemente con una sencilla orden la aplicación anota todo lo que se va consumiendo. Se trata de un simple software que se instala en un ordenador que haya en el quirófano y no tiene más coste. Lo que ve el usuario al entrar, teniendo al paciente todavía en el quirófano, es un listado con las intervenciones que están programadas para un determinado día. Al preparar el quirófano el sistema indica a la enfermera qué requiere el cirujano que va a intervenir para llevar a cabo la operación. Hasta aquí es solamente una guía para preparar el quirófano. Cuando el paciente está en el quirófano podemos decidir cualquier cosa. El sistema requiere que lo que vaya a usarse esté en la base de datos del hospital. No transcribe todo lo que dice el usuario, sino que sólo reconoce lo que tenga que ver con productos registrados en la base de datos. Es decir, el software reconoce el nombre del producto siempre que esté registrado en la base de datos. No es neesario decir las cosas tal y como están registradas, el sistema es lo suficientemente inteligente para determinar, con pocas palabras, de qué tipo de producto estamos hablando.Terminada la intervención el sistema mostraría una pantalla en la que puede verse todo lo que hemos consumido.
La aplicación, para que tenga sentido, debe estar conectada a los sistemas informáticos del hospital", concluyó.

Antonio López Abad, por su parte, presentó una experiencia de beneficio compartido en una situación real. Implantada en Baleares, está basada en patologías crónicas. "Para poder poner en marcha el proyecto, tuvimos que analizar cuál era la situación de Baleares y poner en práctica diferentes trabajos anteriores. Partíamos de unos repositorios centrales, locales, ubicados en los hospitales, centros de salud y otros centros de asistencia. Cada repositorio local tiene su información y acceder a ella fue complicado. Por un lado, teníamos el maestro de pacientes y lo que son las bases de datos corporativas que recogen toda la información en tiempo real y crean un repositorio con información on line de cada uno de los pacientes.
Teniendo ya estas dos capas montadas, la siguiente acción tendría que ser montar las aplicaciones corporativas que dieran servicio a todos los hospitales. Disponemos del portal de pacientes, al que se accede con la información ya mencionada, y de la gestión de patologías crónicas. En esta parte es en la que se aplica nuestro proyecto.
Cuando hablamos de beneficios compartidos hay que pensar en el cliente y en el proveedor, lógicamente. Pero cabe preguntarse quién es el cliente. Existen tres partes respecto al cliente. Tenemos el gestor, es decir el área del cliente que se encarga de gestionar toda la información y busca costes y parámetros; después, a los profesionales médicos, que tienen unos beneficios diferentes a los gestores y, por último, el paciente, que es el punto más importante.
Al final tenemos los beneficios de los gestores, los ahorros de costes que vienen definidos por la trazabilidad que se puede realizar sobre información recogida en pacientes. Podemos normalizar y estandarizar la información clínica y obtener información

para la toma de decisiones futuras.
Otro de los beneficios que queremos mencionar se refiere al personal clínico. Tiene acceso a toda la información clínica del paciente, ya sea la información recibida desde atención primaria o de la atención especializada. Podemos evitar también la duplicidad de pruebas diagnósticas lo que general proporciona unos ahorros importantes. Fomentamos el trabajo multidisciplinar y conseguimos que los médicos puedan llegar a utilizar ciertos conceptos a la hora de diagnosticar.
El beneficio al paciente, al final es lo relacionado con las enfermedades crónicas. Estamos diciéndole cuál va a ser el seguimiento futuro que se va a acometer con su enfermedad. Aumentamos la seguridad del paciente así como su confianza en los servicios de salud al informarle con cierta anticipación sobre lo que le va a ocurrir y mejoramos la calidad asistencial.
Estas serían las tres áreas dentro del cliente en las que se conseguirían beneficios. Es evidente que los proveedores también deben conseguir beneficios. No solamente crematísticos, sino que también obtengan experiencia altamente replicable en otros entornos de salud, por ejemplo en otras comunidades. Tenemos la posibilidad, debido a nuestra experiencia en el diseño de las arquitecturas necesarias que están probadas en este caso, y podemos definirlo con un nivel alto de fiabilidad. Por otro lado obtenemos un éxito reconocido a nivel nacional e internacional", relató.

Tras la presentación de este caso real, pidió la colaboración de **Javier Bonilla,** representante de Orion Health, socia en el proyecto, para explicar cómo se realizó el trabajo.
Bonilla comentó que el trabajo se apoya en el proyecto de Historia de Salud, que "ya permitía a todos los profesionales acceder a la información clínica del paciente sin importar donde haya sido generada, si en primaria, especializada o en el área socio sanitaria que también lo estamos cubriendo y lo que hemos desarrollado es una serie de programas longitudinales que acompañan al paciente en determinadas patologías crónicas. Empezamos desarrollando el programa EPOC y se metió el programa de Riesgo Vascular". El proyecto consta de una serie de herramientas organizadas en función del rol en el que trabajan los profesionales y que forman el círculo del cuidado, de todos los profesionales que atienden a este paciente crónico. Está organizado en visitas, con unas determinadas tareas que son compartidas por algunos profesionales y todos acceden. Esas tareas "tienen unas reglas basadas en protocolos clínicos establecidos en las estrategias nacionales o estrategias particulares que se hayan establecido. Por ejemplo, el programa EPOC está basado en la estrategia epoc. Esta es una de las piezas. La otra es el trabajo colaborativo y multidisciplinar. Todo el mundo comparte toda la información, que está incluida en el plan de actuación, seguimiento y tratamiento que es el corazón del sistema y todo el mundo es consciente de cualquier intervención o decisión que se haya tomado en este plan de actuación y se comparte. Por lo tanto toda la información va acompañando al paciente a los largo de todo el proceso. Entonces, lo que hemos ido desarrollando a partir de la visita de Riesgo Vascular en atención primaria, son distintas visitas en los distintos servicios hospitalarios como neumología, neuro, nefro, cardio y medicina interna. Estamos trabajando en varias patologías. Los pacientes pueden tener una o normalmente varias. El sistema gestiona todas. Su orientación no es a la guía clínica sino al paciente pluripatológico y plurimedicado.
Se ha tratdo de conseguir, analizando exclusivamente el ejemplo concreto y el indicador "Reducción de admisiones por reagudización en EPOC", un 18,7% de reducciones. Extrapolando, podemos llegar a la conclusión de que el menor número de recursos es de 4 millones de € exclusivamente para este indicador. Realmente, hemos realizado un ejercicio aplicando estos mismos parámetros, advirtiendo que no está medido de forma real. Lamentablemente no contemplaba una evaluación del proyecto al principio y al final del mismo y por lo tanto lo que estamos haciendo es trabajar con estimaciones y evaluaciones, aplicando estos mismos parámetros a todas las patologías con las que estamos trabajando (enfermedad vascular, diabetes, epoc e incluso cáncer por tendencia al tabaco) y mirando todos los indicadores a fecha de hoy en Baleares el ahorro, entre comillas, es de 285 millones de euros, lo que viene a significar un ahorro de casi 300 € por paciente, ya que hay un millón de pacientes en Baleares. Ahora debemos continuar con el despliegue y empezar a medir, sobre todo, indicadores de proceso, que nos ayuden a evaluar legalmente y con mas calidad esta información relativa al ahorro".

Terminada la intervención de los tres ponentes **Ana Ceballos** dirigió un interesante coloquio entre los asistentes.

EJEMPLOS DE EXPERIENCIA DE BENEFICIO COMPARTIDO (II)



Rafael Sánchez Bernal, Miguel Angel Montero Martínez, Javier García Vieira y Olga Murciano Rubio

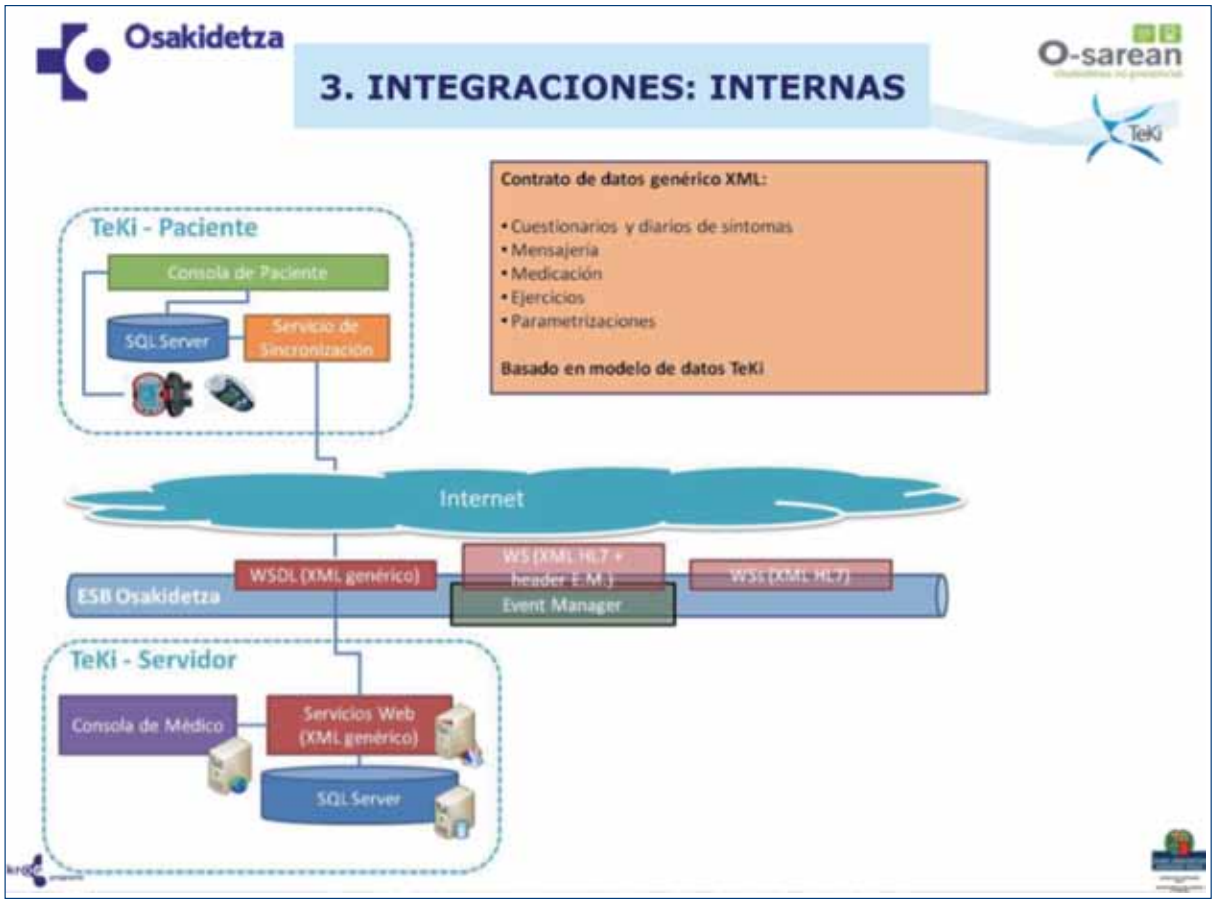
Javier García Vieira, director Adjunto de SS PP EE Red.es, moderó la siguiente mesa, en la que intervinieron **Rafael Sánchez Bernal**, de Osakidetza, con la "Presentación Proyecto Teki"; **Miguel Angel Montero Martínez** de Informática El Corte Inglés, que habló sobre "Ahorro en gasto farmacéutico" y finalmente **Olga Murciano Rubio**, Project Manager Healthcare de Indra, que abordó la experiencia de la Receta Electrónica en España.

Rafael Sánchez Bernal comenzó presentando el Proyecto Taki, que se ocupa de la telemedicina, teleasistencia y telemonitorización a domicilio frente al televisor de pacientes con EPOC y agudizadores frecuentes. Están enmarcados dentro del denominado Osabide Global, que cuenta con 18 hospitales y 300 centros de salud. Este proyecto se ocupa de una serie de pacientes complejos y estratificados teniendo a la vez un componente no presencial. Los datos obtenidos van a ir a la historia clínica del paciente. Está hecho mediante un modelo de compra pública a través de un diálogo competitivo entre varias empresas. "El dinero necesario se consigue siguiendo las directrices del CEDETI. Las empresas arriesgan y apuestan por nuestros servicios de salud para, obviamente, crear un producto que genere un beneficio compartido. Es la base del modelo de negocio al que debemos de ir, porque la innovación, si no hay retorno económico, no es tal. Es intención o es ingenio. También hay una parte con todo el tema de medicación que explicaré en el proyecto Teki pero no me voy a alargar por respeto a mis compañeros que hablarán detrás de mi, ya que hay un tema de Receta Electrónica. A la vez, de abajo a arriba, esto supone una estrategia de promoción de la salud, puesto que lo que pretendemos es no olvidar nunca que detrás hay personas, hay enfermos y lo que queremos es que sean pacientes activos. Hemos creado nuevas plazas en el País Vasco de enfermería", dijo.

Los objetivos del proyecto, a corto plazo, son aceptación y usabilidad de la solución (pacientes), probar que la tecnología es adecuada y mejorar el control y seguimiento de la patología, desde la perspectiva de pacientes y clínicos.

Los objetivos a medio y largo plazo son: mejorar la condición de salud y calidad de vida de los pacientes, reducir del número de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y consultas, y de personas que mueren y mejorar la percepción de seguimiento de la enfermedad. Trabajamos con EPOC porque hay 210 millones de pacientes en el mundo, con lo cual tenemos un mercado potencial. De estos, tres millones se mueren. El dinero gastado en USA representa la cantidad de 39 billones de $ (lo que cuestan los reingresos de estos pacientes) y por supuesto tenemos muchas pérdidas de vida que es muy importante. Por ello lo que nosotros queremos es utilizar la tecnología para mejorar la salud y la cadena de la vida.

Con respecto a los objetivos a medio y largo plazo dijo que "en Euskadi tenemos más de 600 pacientes de los cuales ya hemos bajado los reingresos de 1,68 a 0,53, es decir, con otras metodologías bajamos tres veces los reingresos. Esos son datos. A nivel mundial hay muy pocos ensayos clínicos serios



que traten este tema y de los cuales dos con 153 pacientes. Nosotros somos el tercer ensayo clínico y podemos hablar de mejora substancial en el 60% de nuestros pacientes.

Lo que tenemos es muy sencillo. Un paciente en su casa con un interfaz y otras interfaces en el hospital, en primaria y en seguimiento. Un aspecto clave es que ya viene integrada toda la información, todos los datos, todas las medidas biométricas en la historia del paciente, lo cual es un aspecto nada desdeñable.

Hemos dedicado muchas horas a captar a los pacientes, que deben ser estables y cuya capacidad pulmonar sea menor del 70%. No utilizamos patología neoplásica. Al paciente le hacemos un seguimiento en su casa y medimos una serie de variables que le van a permitir mejorar la calidad de vida. A la vez, a diario, se controlan los síntomas. Hemos dedicado mucho tiempo a la parametrización. La aplicación resulta muy amable y muy amigable. Hay una serie de tratamientos que el paciente sabe que tiene que hacer. Hay un sistema de comunicación vía mensajes, vía teléfono, vía videoconferencia, a gusto del cliente. Hay una señora de 89 años, con 9 patologías que es la que mas dificultad tiene. Trabajamos, desde luego, con una muestra significativa. No podemos coger a 30 y en la segunda fase a 50 y que sea un éxito. Esto no es serio. Hemos elegido a gente que reingresa mas de dos o tres veces al año, o incluso mas de tres durante dos años, con una serie de características clínicas porque lo que nos interesa es llegar a todos los estratos de la población, a todas las capas sociales, personas que viven solas o acompañadas. Todo ello es lo que da seriedad. Si no hubiéramos hecho esta selección, el comité ético de ensayos clínicos no habría aprobado el proyecto.

Utilizamos los colores de los semáforos. Cuando por la mañana la enfermera consulta la situación, si todos está de color verde es que todo ha ido bien. Si aparece el ámbar significa que hay algo y si está presente el rojo es que hay que llamar antes de media hora ya que algo se está estropeando. Todo ello, para cualquier trabajador, para cualquier persona".

Continuó diciendo que "tenemos mediciones de todos los estándares, podemos ver cuestionarios, se pueden ver ejercicios que tiene que hacer el paciente, también medicaciones, el día de la semana que tiene que realizar alguna acción, en fin, todo lo que tenemos. Y estamos creando la programación para hacer videoconferencia, cuando hablamos con ellos, en definitiva interacción directa. Hay una



serie de integraciones internas que lleva la subdirección informática, que es la parte clave en todo esto, que es corporativa y que funciona muy bien. Tenemos también una mediciones con una serie de datos propietarios basados en la tecnología que Vds. conocen mejor que yo.

La pantalla principal sería la que se puede observar en las imágenes superiores. Como ven hay una serie de preguntas, una serie de constantes, unos ejercicios y una medicación. Si nos fijamos vemos que cada vez las pantallas son mas agradables.

Necesitamos a las empresas tecnológicas para crear productos y valor. En los hospitales damos a la gente pan, pero no hacemos pan, recetamos yogures, pero no fabricamos yogures. Queremos parte del beneficio que supone la tecnología porque el talento lo tenemos nosotros. El talento clínico está en nuestros centros sanitarios y las empresas tienen la capacidad de preguntar que necesitamos y darnos una respuesta.

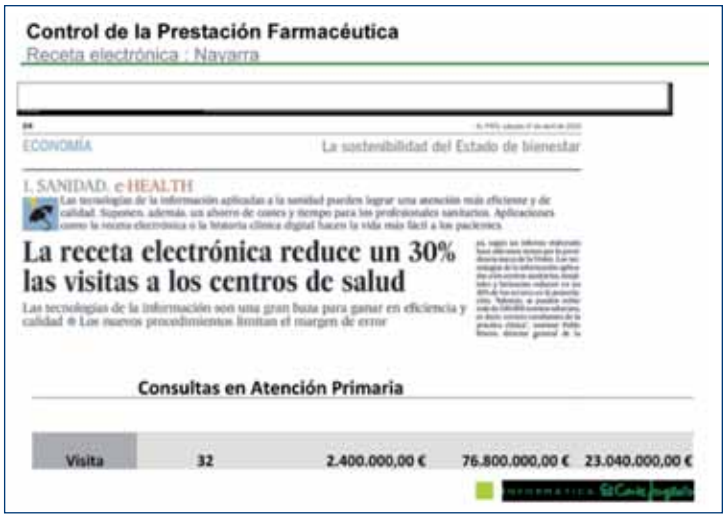
Dedica unas palabras a cada una de las acciones que realiza el programa como preguntas, ejercicios, medicación, etc.

Y todo esto no acaba aquí ya que Teki es el inicio de un proyecto donde queremos utilizar la mejor tecnología. Estamos pensando también en otra patología muy importante como es el ictus y queremos rehabilitar a domicilio a las personas que lo sufran ya que es la enfermedad que tiene mas impacto en la calidad de vida. del paciente, de la familia, secuelas, temas laborales, acompañamiento y costes a nivel nacional e internacional. En la fase de desarrollo estamos con programas de inteligencia artificial.



En este momento se puede trabajar con dos modelos a nivel nacional. Hay quien apuesta por los

recortes o por el repago pero nosotros hemos apostado por el otro modelo que sería la reforma. Tenemos una solvencia razonable porque las empresas tecnológicas que desean cobrar lo antes posible y nosotros ya tenemos reversión económica, ya tenemos beneficios en nuestra estrategia de crónicos y el año pasado ya revertimos 27 millones de euros y queremos escalonadamente, cada vez, revertir mas a través de la inversión. Eso de la previsión de revertir al sistema sanitario público vasco, de dinero en euros constantes y sonantes porque ya tenemos datos reales que nos avalan".
La clave, dijo para finalizar, es saber dónde tenemos que actuar, y la clave de Teki y de cualquier proyecto sanitario es tener claro hacia dónde se va.


Control de la Prestación Farmacéutica
Receta electrónica : Navarra
ECONOMÍA
La sostenibilidad del Estado de bienestar
I. SANIDAD. e HEALTH
La receta electrónica reduce un 30% las visitas a los centros de salud
Las tecnologías de la información son una gran baza para ganar en eficiencia y calidad ● Los nuevos procedimientos limitan el margen de error
Consultas en Atención Primaria
Visita 32 2.400.000,00 € 76.800.000,00 € 23.040.000,00 €

Seguidamente **Miguel Ángel Montero** dedicó su ponencia a hablar de las TIC como soporte de Optimización en la gestión farmacéutica. En su opinión, dada la situación actual, "la sostenibilidad pasa básicamente por reducir gastos e incrementar los ingresos en la medida de lo posible y reutilizar, conectar, medir y simular. Estoy convencido de que las TIC son un elemento que puede ayudar a mantener el servicio porque el riesgo, en realidad, no está solo en la calidad del servicio que haya, sino en que el propio servicio no lo podamos prestar y, por tanto, todas las medidas que pongamos en marcha, todos los procedimientos y todas las iniciativas de ayuda para cambiar esto, a lo que ayudará en realidad será que todo sea de otra manera".
Al referirse a la prestación farmacéutica consideró dos elementos clave: "Se puede hacer un control sobre la prescripción y se puede ejercer un control sobre la dispensación de medicamentos. Para el Control de la Prescripción se emplean mecanismos como la gestión de los medicamentos financiados, la fijación de precios de referencia de los mismos, el establecimiento de políticas de prescripción por principio activo, etc. Aspectos todos ellos bajo supervisión y regulación de los Servicios de Salud (Ministerio, Comunidades Autónomas).
El Control de la dispensación se efectúa fundamentalmente una vez producida ésta y se basa en la verificación y/o adecuación de la prescripción respecto de la dispensación efectuada por las Oficinas de Farmacia, así como del control de la facturación realizada por los Colegios Oficiales de Farmacia (COFs). Por empezar por algún lado, en el año 2010 ya aparecieron algunas noticias. Por ejemplo la que decía que la receta electrónica podía reducir el 30% de las visitas a los centros de salud".
En su opinión, "el uso racional del medicamento y el tratamiento electrónico de las recetas está incluso en las líneas estratégicas de algunos de los servicios de salud. Por ejemplo, en el servicio Navarro de Salud, aparece un elemento fundamental en el apartado de sostenibilidad y eficiencia. Por lo tanto es algo que está inmerso en el día a día de todos los Servicios de Salud el que la receta electrónica, por ejemplo, puede producir ahorros".
Como ejemplo ofreció datos económicos de Navarra. "Se había hecho una comparación de la zona de Mendillorri en Pamplona que inicialmente llevaba más tiempo de pilotaje sobre la reducción producida por el uso de receta electrónica, respecto al resto donde no existía. La diferencia se correspondía a un 34% y, haciendo una extrapolación, la Consejera reconoció que esto había supuesto ahorros adicionales sobre la cifra interanual de abril, marzo de 11 y 12, de 5,5 millones de euros".
Abundando en el tema consideró que si la receta electrónica produce una reducción de visitas a los centros de salud de un 30% y teniendo en cuenta el coste que el Ministerio da a cada visita del 2008, que es de 32, con los datos de Navarra esto hubiera supuesto un ahorro de 23.040.000 millones de euros.
Además afirmó que "no solo creemos que el tratamiento y la gestión de la prestación farmacéutica pasa por implementar los mecanismos de la receta electrónica, sino que se puede intervenir en otros aspectos, por ejemplo, en la digitalización".
La digitalización de las recetas y justificante de receta electrónica proporciona información fiable cuyo análisis contribuye de manera directa a la reducción del gasto farmacéutico.
A partir de la digitalización es posible obtener y analizar las desviaciones que en materia de Facturación y Dispensación farmacéutica se producen mes a mes.

"A su vez, y mediante herramientas DataWarehouse, es posible –continuó– analizar las tendencias en materia de Prescripción y de esta manera fijar políticas de contención del gasto con un seguimiento automatizado de las mismas.

Siguiendo con las medidas y procedimientos para la contención del gasto en el control de la prestación farmacéutica, en el ámbito Digitalización/BCR1 de Recetas y Comprobantes de Receta Electrónica tenemos como resultados:

- Cuadre/Desviaciones en Facturación de Colegios Farmacéuticos.
- Detección de facturaciones improcedentes (falta de cupón precinto, medicamentos no facturables, falsificaciones, duplicidades, etc.).
- Diferencias entre Prescripción/Dispensación.

Y en cuanto a Dataware house, explotación de Datos obtenidos en Digitalización/BCR1 los resultados son:

- Establecimiento y Seguimiento de Políticas orientadas al Control del Gasto como por ejemplo: Prescripción por Principio Activo, Contrato Programa, etc.
- Análisis de Tendencias:
- Análisis de usuarios (Polimedicados, fraudes, etc).
- Análisis de Oficinas de Farmacia (Fraude de Dispensación/Facturación).
- Intervención del precio de los medicamentos.
- Acuerdos con la Industria.

Los errores más comunes en la gestión de recetas se resumen en la experiencia observada en los servicios regionales de salud en distintas CCAA.

Únicamente se ha reflejado la información referente a los errores detectados, cuando se compara la información recibida desde los COF y la obtenida por los propios servicios regionales de salud en aquellas CC AA donde se hace una verificación de las recetas.

- Conciliar todas las recetas (una a una) antes de proceder a su pago permitiría detectar el 0.35% de errores actuales
- Verificar si procede facturar al servicio de salud las recetas facturadas permitiría detectar el 0,05 % de los errores actuales.

La detección de errores de facturación al digitalizar recetas permite realizar devoluciones de las recetas que los colegios farmacéuticos han facturado de forma errónea. Se puede cuantificar el porcentaje de errores entre el 0.35% y 0,40% del total de las recetas que se facturan. En aquellas CC AA donde se está llevando a cabo el proceso de digitalización y gestión de las recetas este porcentaje va progresivamente disminuyendo.

También debemos citar las diferencias detectadas entre Archivo Digital y COF al digitalizar recetas. El porcentaje de error detectado por estas diferencias se sitúa en torno al 0,050%. En resumen tenemos que la Detección de Errores de facturación, fue 0,40% sobre el total y las diferencias entre Archivo Digital y COF. 0,050% sobre el total.

En el año 2011 el importe facturado fue de 11.888 millones de euros de los cuales, el ahorro por detección de errores de facturación fue de 47.5 millones de euros (0,40 % de errores), mientras que el ahorro por diferencias en archivos fue de 5,95 millones de euros (0,05% de errores)".

También se refirió al Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que presenta en un articulado un conjunto de disposiciones que afectan al Control de la Prestación farmacéutica.

Concretamente en el Capítulo IV Medidas sobre la prestación farmacéutica se cita:

Artículo 4. Modificaciones de la Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Dicha Ley queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 85, estableciéndose a partir de ahora la obligatoriedad de la prescripción por principio activo. Tan solo para procesos crónicos de continuidad (la primera prescripción no) podrá prescribirse por denominación comercial siempre y cuando esta esté incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio de su agrupación.

En su opinión, "es importante saber cuál fue el gasto medio facturado por receta, en el año 2011. El más bajo fue el de Andalucía y lo digo por tener un valor de referencia. El valor medio por receta en Andalucía fue el pasado 2011 de 10,19 euros y parte de esto viene dado por la dispensación de medicamentos genéricos. Hemos hecho una extrapolación en el sentido de que el precio medio facturado fuera exactamente igual al de Andalucía el ahorro que se podría hacer en todo el territorio nacional estaría en 1.219 millones de euros. Bastaría con extrapolar, cual es la factura en cada una de las CCAA y multiplicar por el gasto medio de esa factura.

Frente a un gasto que coloco entre paréntesis, si al menos fuéramos capaces de reducir el gasto medio por receta al nivel medio nacional serían 385 millones. Con esto quiero decir que hay otro margen de mejora que evidentemente no son solo los sistemas de información sino llevar el recorrido a un gasto mas bajo que nos permitiría un ahorro muy significativo.

Con todas estas cifras tenemos que la factura de farmacia durante el año 2011 fue 11.889 millones de euros de los cuales, de los datos que presentábamos antes, de los porcentajes que serán mas o menos acertados pues si tuviéramos en cuenta los ahorros que se han conseguido en Navarra o en alguna otra comunidad en torno al 75,4 % a nivel de toda España podríamos haber conseguido ahorros adicionales de casi 446 millones de euros. Los ahorros por detectar errores en facturación estarían en torno a los 53,5 millones y los ahorros por gasto medio por receta se situarían en 1.219 millones. Con esto no estoy diciendo que la tecnología sea la única responsable o la única herramienta a utilizar para conseguir estos ahorros, pero el total o el potencial "ahorros" estaría en torno a los 1,718 millones de euros. Creo que es una cifra significativa como para plantearnos si realmente esto merece la pena. Por último a estos 1.718 millones habría que sumarle casi el 30% de las visitas a primaria".
Con esto, quiso decir que "interviniendo sobre la prestación farmacéutica tenemos un margen de mejora que podría ser mayor o menor. Los números que manejo no sitúan en torno a los 3.800 millones sino a los 2.500 o 3.000 millones".

Finalmente **Olga Murciano Rubio**, Project Manager Healthcare de Indra, habló desde el beneficio compartido, de una experiencia real de receta electrónica. Dividió la exposición en tres partes: la receta electrónica, sus ventajas y algunas conclusiones importantes; los beneficios potenciales y tangibles, expuestos siempre desde la Comunidad Valenciana y, por último, la experiencia de Indra.
Olga Murciano expuso que la solución presentaba "tiene presente a todos los actores que intervienen en el ciclo de vida de esa aplicación. Se trata de una herramienta auxiliar con toda la información para proporcionar al profesional la mayor eficiencia posible. El objetivo principal es mejorar y optimizar la salud del paciente. El profesional lo que busca es que le demos una herramienta que le facilite hacer su trabajo de la forma más eficiente. Nuestro trabajo se centra en siete pilares que tienen que integrarse. No solamente es la parte de dispensación: hay una parte de facturación que lo soporte; posibilidad de explotar datos y estar integrado en la plataforma de receta electrónica, los sistemas para envío de correos electrónicos y sms, base de datos de medicamentos, base de datos de usuarios con tarjeta sanitaria, la inspección de visado, la inspección de atención primaria y especializada".
Es decir, "la receta electrónica permite disponer de una forma rápida de los datos necesarios para mejorar la prescripción y la dispensación, es decir, llevar la gestión de la prestación farmacéutica. Todo esto gracias a una gestión del cambio, que dote a los profesionales de nuevos procesos y permita alcanzar el objetivo principal de que el usuario tenga la mejor asistencia".
Continuó exponiendo que "Indra Sanidad, además de ser conocida internacionalmente está presente en 14 servicios públicos de salud y está liderando la Receta Electrónica en España: Comunidad Valenciana, Andalucía, Murcia, Aragón, Madrid, Asturias, Cantabria, Galicia, Ceuta y Melilla. Los beneficios potenciales y tangibles proceden de la experiencia llevada a cabo en la comunidad andaluza y que están focalizados en aportar soluciones a los problemas políticos que he dividido en distintos colectivos. Para el ciudadano, para el profesional y para el personal profesional, administrativos y de gestión. Por ejemplo, para los pacientes, la receta electrónica da una gran confianza porque se evitan errores, es más cómoda la entrega de medicamentos en las oficinas de farmacia, el paciente confía más porque ve que todo está mas controlado y ordenado. Además, también se evitan errores en la prescripción, por ejemplo, dosis, vías, pautas, etc. Mejora también la percepción en general y la atención a pacientes crónicos, ancianos, polimedicados. Disminuyen las visitas al centro de salud, sobre todo en pacientes que tienen ese tipo de tratamiento, lo que se traduce en una mayor comodidad y un ahorro para el paciente. Al mismo tiempo hay un notable crecimiento de la confidencialidad de datos debido a esa transferencia de seguridad que tienen los pacientes. Además hay reducción de pruebas y exámenes duplicados.
Los médicos disponen de más tiempo para revisar las historias de los pacientes.
Los farmacéuticos disponen de información más legible, pueden tener una base de datos común para médicos y farmacéuticos, lo cual facilita tener unas posturas más cercanas entre ambos. Promueve la prescripción por principio activo y dispensación de genéricos que favorece el uso profesional y, por supuesto, reduce el gasto farmacéutico. Evita la acumulación de medicamentos en casa, incorpora medidas políticas como el RTL que permite a las oficinas de farmacia disponer de dinero antes y evitar que haya cierto descontento por impago a los proveedores.
Para los gestores, mejora la calidad de la explotación de los datos, la posibilidad de tener en tiempo real todos los procesos farmacéuticos, facilitando la gestión y el análisis del sistema, mejorar la cali-

dad de la información registrada que evita manipulación de datos, se minimiza la posibilidad de introducir errores y se incorporan mecanismos de seguridad".
Además consideró otros aspectos, como la posible incompatibilidad entre autonomías. "Todos sabemos que no todas las CCAA tienen instalada la receta electrónica y que cuando eso ocurra no sabemos si van a ser interoperables. Nosotros tendríamos que trabajar entre todos para que esa incompatibilidad no existiera. Además las medidas de ahorro y control de gasto a veces hacen que se dupliquen esfuerzos porque se aplican esas medidas tanto a la receta electrónica como a las recetas tradicionales. Esto obliga a la administración y a las propias TIC a programar y a controlar esas diferencias entre unas recetas y otras. El sistema está totalmente instaurado en la provincia de Castellón y en Valencia se está a un 30%. El resto, hasta el 100% está previsto tenerlo instalado para el 2012", dijo.

TALLER D: PRESENTACIÓN Y DEFENSA DE LOS TRES CASOS SELECCIONADOS EN LOS TALLERES C



Fue coordinado por **Carlos L. Parra Calderón**, vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud y jefe de sección de Innovación Tecnológica en Hospital Universitario Virgen del Rocío. Contó con la participación de **Francisco Javier López Narbona** y **Óscar Sanz Martín**, como directores del taller C1. **Gregorio Gómez Soriano** y **Silvia Delmás Filgueira**, como directores del taller C2, y por último **Montse Hernández** y **Ana Romero Costeras**, como directoras del taller C3.

La dinámica desarrollada se dispuso de tal forma que los directores disponían de un tiempo de exposición para comentar cuanto había sucedido en sus respectivos talleres. Finalizada la exposición, se pasaba a un turno de preguntas sobre lo expuesto y se procedía a la votación, por parte de los asistentes, del caso discutido.
La primera exposición corrió a cargo de los directores del taller C1, que hablaron sobre "El beneficio compartido y el comportamiento de los profesionales". El caso seleccionado fue: tele-asistencia de pacientes crónicos: proyecto Teki. Sobre este sistema se destacó que es un modelo que supone un cambio asistencial, alineado con la estrategia sanitaria porque asegura la continuidad asistencial. Se concluyó afirmando que este proyecto supone un compromiso entre usuarios y estamentos involucrados. Su uso facilita el compromiso entre los profesionales, que proponen mejoras (es innovador, crean planes terapéuticos personalizados). También para los pacientes, ya que promueve la autogestión. Y finalmente para la administración, ya que la existencia de alarmas y feed-back facilita el compromiso.

La siguiente exposición fue la del taller C2 que contó con la colaboración de **Juan Carlos Muria-Tarazón,** consultor de Sanidad en Fujitsu. El caso presentado fue "La gobernanza del sistema de salud". Más concretamente se trataba de intentar evaluar la actuación de la gobernanza en un proyecto de tele-consulta sanitaria en las Western Isles (UK). La discusión finalizó con las siguientes conclusiones: En primer lugar la definición de las características de la buena gobernanza, basada en el liderazgo, la armonización y la transparencia. En segundo lu-

gar, se identificaron algunos de los problemas de la gobernanza en España: La falta de cultura que permita comparar, la diversidad de entes, que provoca que sea clave establecer un marco legislativo previo que alinee los intereses. La falta de liderazgo. La percepción de las TICs como una herramienta, y no como una parte de la estrategia. La existencia de cultura de la improvisación versus gobernanza alineada con estrategias comunes de alto nivel. Por último se estableció como clave el seguimiento de compromisos y la retroalimentación. Admitiendo que faltan órganos de gobierno para la evaluación.

TALLER C3: "EL CICLO DEL MEDICAMENTO"

Este taller de la mañana del jueves contó con la dirección de **Montserrat Hernández Pascual** y de **Ana Romero Costeras**. La parte expositiva y de ejercicios en sí del taller había sido preparada por la DTSIS del SERMAS con la colaboración de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria del SERMAS y la presentaba la propia Montserrat Hernández, en sustitución de la directora General, **Zaida Sampedro Préstamo**. Ayudaron en la dinamización, **José Manuel Simarro** (AEMPS), **José Manuel Morales** (SACYL). **Antonio Poncel** (Servicio Aragonés de Salud), **Antonio del Barrio** (SESCAM), **Alberto Gómez** (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), J**osé Mª de la Higuera** (Servicio Andaluz de Salud), **Sandra Leal** (H. Virgen del Rocío), **Olga Murciano** (Indra), **Roberto Molero** (Intersytems), **Raquel de la Fuente** (Intersystems), **Alfredo Payá** (SERMAS) y **Antonío Díaz** (SERMAS).

Montserrat Hernández comenzó trasladando a los asistentes la pregunta que se hicieron cuando se preparó el taller: "¿Qué tenemos delante ahora que tenga más impacto sobre el ciclo del medicamento?" avanzando que la respuesta era doble, correspondiendo con los dos casos que habían preparado:

1. el Real Decreto-Ley 20/2011 del pasado año, que incluía normativa potenciando la prescripción por principio activo en los servicios públicos de Salud
2. el Real Decreto-ley 16/2012 [RDL 16/2012] publicado en el BOE muy recientemente (el 24 de Abril del presente año) sobre medidas de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud que incluía normas con impacto en el ciclo del medicamento por los cambios en la condición de asegurado y el nivel de copago de los propios medicamentos prescritos por los servicios públicos de salud

Precisamente, la nueva normativa sobre el copago de los medicamentos entraba en vigor el 1 de Julio, es decir, pocos días después que las jornadas de Málaga, por lo que las Comunidades Autónomas estaban inmersas de pleno en la implementación de cambios en los procesos y sistemas informáticos para poder conseguir con eficiencia su cumplimiento. La trascendencia y actualidad del RDL 16/2012 y su impacto en el ciclo del medicamento, sirvió de justificación a la codirectora del taller para justificar la elección de este caso como el único caso de trabajo concreto para los ejercicios del taller.

Pero antes de ir a la parte práctica en sí, Montserrat realizó un breve recordatorio del ciclo clásico del medicamento en el servicio público de salud: atención sanitaria, prescripción mediante receta (en papel o electrónica), dispensación en la farmacia y facturación al sistema sanitario público por el lado de la farmacia y consumo o desperdicio por el lado del paciente. Continuó reseñando la importancia actual de contar con buenas bases de datos y sistemas de facturación en este escenario de políticas de ahorro de costes y reconoció que la SEIS había sido innovadora en este campo, especialmente gracias a la publicación del VIII informe SEIS "La gestión del medicamento en los servicios de salud", publicación en la que se había apoyado su comunidad autónoma, la de Madrid, a la hora de rediseñar sus procesos TIC. Montserrat finalizó esta parte expositiva demostrando la gran influencia de las TIC en el ciclo del medicamento en la actualidad, que incluye los sistemas informáticos de bases de datos de medicamentos, los de ayuda a la prescripción, los de facturación en las oficinas de farmacia y más recientemente los de Receta Electrónica que obligan a la interoperabilidad entre los sistemas de las Comunidades Autónomas y los de las farmacias.

En cuanto al Decreto Ley en sí y su relación con las TIC, Montserrat comentó que los cambios necesarios implicaban a demasiados actores (Ministerio de Sanidd, CCAA, proveedores TIC, sector farmacéutico, servicios sociosanitarios, etc) en muy poco tiempo, pero recalcó que en todo caso esta necesidad urgente de conseguir implementar los cambios podría llegar a servir de oportunidad de mejora para la normalización de procesos, estandarización de lenguajes y la interoperabilidad entre los diversos sistemas (nacional, autonómico, de centros sanitarios y de farmacias) que eran necesarios en todo caso.

La dinámica de la parte práctica del taller, al que asistieron 36 personas, fue la siguiente: se repartieron los asistentes en 4 grupos de trabajo y todos los grupos participaban en los cuatro ejercicios asumiendo un rol ficticio rotando entre los 4 roles disponibles: profesional (sanitario o farmacéutico), proveedor TIC, gestor sanitario y ciudadano.
En cada ejercicio, tras presentar el texto de la normativa del RDL 16/2012 relacionado con el tema del ejercicio y un resumen explicativo de dicha normativa , se requería a cada grupo de trabajo que rellenara unas hojas sobre cómo veía desde su rol respectivo los aspectos "NIVELES DE ACTUACIÓN", "EL HORIZONTE DEL 1 DE JULIO", "OPORTUNIDAD DE MEJORA" e "INDICADORES DE SEGUIMIENTO" tanto desde el plano del IMPACTO EN EL SISTEMA DE E-SALUD como el de la "SOLUCION TIC" necesaria.
Los ejercicios fueron sobre los cambios de la nueva legislación en:

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado y asistencia sanitaria en situaciones especiales para los no asegurados
2. Las aportaciones de los usuarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (niveles de copago de los medicamentos)
3. La Prescripción-Dispensación (nuevos códigos de clasificación del paciente y apuntes en las recetas oficiales)
4. La facturación (fundamentos de los sistemas de información para el control de la prestación farmacéutica)

Al acabar el ejercicio un portavoz de cada grupo comentaba lo escrito en las hojas respectivas que pasaban a quedar expuestas en un panel. Las aportaciones realizadas fueron muy amplias y ricas, como quedaba a la vista de la exposición de las hojas en el panel, que fue utilizada por los directores, dinamizadores y colaboradores del taller para realizar las siguientes conclusiones según los 4 ejes comunes a todos los talleres de tipo C.

COMPRENSION (de la situación actual de la e-Salud):

- necesario un marco de trabajo definido por el Ministerio de Sanidad
- muchos sistemas no están a punto
- se han constituido grupos directivos multidisciplinares , deben orientarse hacia la gestión del beneficio compartido
- faltan algunas alianzas entre los Colegios Oficiales Farmacéuticos, las CCAA , los profesionales y la industria, alianzas que hay que promover
- la relación médico-paciente está comprometida por falta de información generalizada tanto en usuarios como en profesionales
- falta un buenos planes de comunicación y difusión

COMPROMISO (de los diversos estamentos involucrados):

- el máximo: alcanzar a tiempo los cambios necesarios para implementar las medidas logrando un mayor gestión y control del gasto farmaceútico
- limitado por los plazos tan cortos de tiempo y la necesidad de más recursos humanos y materiales para acometer los cambios necesarios

MEJORAS (que se obtendrán o pueden obtenerse)

- implantación e impulso de la receta electrónica
- bases de datos poblacionales a nivel nacional mejor integradas
- en las infraestructuras TIC
- adecuación de envases a duración de tratamientos
- en la interoperabilidad entre los centros de la CCAA y las farmacias y entre las CCAA y el SNS
- información más completa de trazabilidad

MÉTRICAS (convenientes que evaluar)

- la reducción del gasto farmacéutico total
- del número de reclamaciones de ciudadanos y errores en la prescripción
- de la actividad asistencial (¿aumentarán las urgencias?)
- indicadores de facturación



Resultado de las votaciones a los casos presentados por los talleres C

El taller finalizó con una cata de mojitos.
Este único caso del taller C3 fue el seleccionado como el caso "preferido" tras la presentación y de-

fensa de los tres casos seleccionados en los talleres C que tuvo lugar en el taller D de la tarde.

Finalmente debemos dejar constancia que tras la defensa en el taller D de los casos trabajados en los talleres C, se procedió a la votación por la sala en base a estos criterios:

1. COMPRENSIÓN: Nivel de comprensión de cómo el servicio de e-Salud difiere de la práctica actual
2. COMPROMISO: Nivel de compromiso de los usuarios y estamentos involucrados con este servicio de e-Salud
3. MEJORAS: Nivel de mejoras en los resultados de los usuarios y entidades involucradas.
4. MÉTRICAS: Calidad y fiabilidad de los indicadores de beneficio establecidos.

El caso presentado por el taller C3 fue el claro ganador en todos los conceptos, si bien los otros dos también fueron valorados positivamente. En otra parte de este monográfico se habla sobre estos casos en detalle.

SESIÓN DEBATE



Con el objetivo de responder a la cuestión "Y ahora, cómo abordar proyectos innovadores", se celebró una sesión de debate moderada por **Julián Pérez Gil**, gerente del Servicio Vasco de Salud, en la que intervinieron Francisco García, en lugar de **Zaida Sampedro; Gregorio Gómez Soriano; Juan Fernando Muñoz, Óscar Sanz Martín; David Labajo; Roberto Molero de las Heras; Lola González**, directora de Ventas para España y Portugal de CSC, Grupo Sanidad y **Francisco Javier López Narbona**.

Antes de comenzar con el resumen del debate, I+S pide disculpas porque por problemas en la grabación no se pudieron recoger las palabras de algunos de los ponentes. Principalmente, la persona más perjudicada fue **Francisco Javier López Narbona,** con el cual nos excusamos de manera especial.

La primera pregunta que lanza el moderador fue dirigida a **Lola González**, a la que pidió su opinión sobre si, dentro de los tipos de contratación (históricamente en España hemos tenido muchos tipos) incluso el sistema de salud, se ha tenido que mover muchas veces por leyes de contratos hechas mas bien para obras públicas y para fomento, más que para asuntos de un centro hospitalario y sobre todo, cuando aparecieron las modificaciones que han ido surgiendo posteriormente, muchas de ellas a la sombra de la propia corrupción, pues han hecho más inflexible y rígida la propia contratación. Por todo ello, ¿cree que la compra innovadora puede ser el camino para mejorar y potenciar la innovación?

Lola González contestó formulando de nuevo la pregunta: ¿Con los nuevos instrumentos se facilita la compra innovadora? A lo que contestó que "una fórmula que se está extendiendo bastante es el diálogo competitivo. Esta fórmula que permite que las empresas y la administración, antes de que se concrete exactamente los términos, se hable y se vea hasta donde las empresas puedan ofrecer, que es lo que la administración ve bien o no ve bien, de forma que la administración sepa, sobre todo en términos de tecnología y vaya vislumbrando cual puede ser el futuro tecnológico para los próximos años. Esta fórmula que teóricamente es buena, llevada a la práctica desde nuestra experiencia es muy costosa para la empresa, porque hay que utili-

zar muchos recursos, para preparar toda esta orientación, sin saber exactamente qué plazo de tiempo tenemos disponible ni de que volumen de dinero estamos hablando. Todas las empresas coinciden en que es un método que cuando llegas a la fase final está muy bien, pero que con frecuencia muchas empresas se quedan en el camino porque no pueden hacer la inversión en personas y el tiempo necesario para participar en el diálogo. Pone el ejemplo sobre la Generalidad Catalana que está sacando mediante la fórmula de diálogo competitivo proyectos de estandarización de toda la tecnología que hace funcionar a la Generalidad tanto desde el punto de vista de toda la infraestructura, las redes, las telecomunicaciones, las aplicaciones, los puestos de trabajo, etc, pero dada la magnitud las empresas relativamente pequeñas, se han visto obligadas a asociarse con otras mayores y han tenido que aceptar las condiciones de las mas potentes y mediante UTE´s poderse presentar al concurso. Teóricamente está muy bien pero no favorece o no le da la misma oportunidad a los distintos tipos de empresa. Se ha abierto la forma de contratación pero es un proceso muy largo y hay que ser potente para poder acudir con ese formato.

Por su parte **Roberto Molero** comentó que se puede hacer una propuesta innovadora teniendo en cuenta que innovación es lo que haces nuevo o mejor pero puede venir alguien que opine sobre la libre concurrencia e igualdad de oportunidades. Ve difícil como compaginar algunas cosas.

Oscar Sanz añadió que "estamos hablando de la compra pública innovadora como un camino para potenciar la innovación y cómo podemos orquestar un nuevo servicio o construir una nueva solución que antes no estaba. En esa línea, por supuesto, la oferta pública innovadora es uno de los caminos. El diálogo competitivo es una forma contractual que hay que materializar. Estoy con Lola en que, quizás a las empresas, nos supone un gran esfuerzo el establecer esa preparación, esa creatividad e ingenio en la prestación de las soluciones y que probablemente si no eres la empresa adjudicataria, efectivamente podemos haber hecho un largo recorrido que no haya valido para nada.
En resumen, mi respuesta es que la compra pública innovadora, por supuesto, supone un gran beneficio para la innovación desde la demanda. Siempre estamos pensando que tenemos ahí un concepto, una necesidad específica a la que hay que aportar una solución a esa necesidad política".

David Labajo dijo que "se va a retrotraer al propio título de la mesa, es decir, cómo innovar ahora, sobre todo, con mucho compromiso y con mucha voluntad. En momentos como este, siempre la investigación y la innovación sufren muchísimo. A la hora de ir hacia proyectos innovadores sobre todo hace falta voluntad y compromiso y la empresa privada, si tiene capacidad financiera está dispuesta a innovar, pero si quieres ver la otra parte una reciprocidad un compromiso auténtico y no sencillamente vamos a ir poniendo dinero y ya veremos, que es el gran miedo que tenemos desde la empresa privada para aventurarnos. Cuando hay compromiso, cuando de verdad hay voluntad, lo demás son herramientas. Efectivamente, la compra pública innovadora es una herramienta mas o menos costosa, pero cuando de verdad hay voluntad y compromiso sale adelante".

Según **Gregorio Gómez** "estamos otra vez en un problema de eficacia y efectividad. La compra pública es innovadora porque se trata de una herramienta eficaz, pero dependiendo de la utilización que hagamos de ella será efectiva o no lo será. Muchas veces choca con determinadas actitudes, con determinadas dinámicas que tenemos en la administración que aunque tu cambies el marco las cosas siguen igual. Por ejemplo, tu planteas un modelo como el diálogo competitivo que da mucha flexibilidad pero luego, empiezas a hablar con intervención que te corrige muchos detalles como tienes que dejar cerrado esto y lo otro, tienes que acotar tal cosa y piensa que con tantas cosas, no podemos hablar de un diálogo competitivo. El problema es que si no cambiamos estos esquemas, probablemente vamos a seguir con las mismas". Concluyó que "el modelo que tenemos en la administración está basado en la desconfianza y en la falta de responsabilidad. Con este esquema es evidente que la cosa está muy complicada".

Para **Juan Fernando Muñoz** "la compra pública innovadora es una facilidad para adquirir o desarrollar elementos que no existan en el mercado con ciertas empresas y luego las herramientas que nos da la legislación que puede ser el diálogo competitivo o puede ser otro, ya que no estamos forzados ni a uno ni a otro. Hay que tener en cuenta que la legislación no es española sino europea. Experiencia tenemos poca. He estado con la gente del CDTI que intentan impulsar la compra pública innovadora pero realmente es muy difícil porque las condiciones no quedan muy claras y sobre todo mas que

estas tenemos que contemplar las vías de financiación que son las que dificultan que no se estén desarrollando todavía experiencias reales. Poco a poco, los que van por delante van cambiando la cultura para poder seguir por ese camino. Ahora mismo las condiciones para entrar en la compra pública innovadora presentan dificultades".

Francisco Javier López Narbona puntualizó que "la compra pública es un camino, no el único, algo que tenemos ahí, una posibilidad de la que disponemos. Hemos hablado con alguno de los ponentes que están sentados en la mesa de compromisos en relaciones. Por un lado es necesaria la colaboración entre Administraciones Públicas. No lo hacemos tanto como debiéramos porque el criterio que solemos seguir es la confianza, aunque no hay mucha. Hay mas competitividad que confianza. El punto de partida debería ser compartir información, pero la verdad es que compartimos poca".
Afirmó además que "la confianza entre la empresa pública y la administración, si existe, es puntual, y solamente en el momento en que están en contacto. Y ese el error ya que la confianza tiene que darse no en un momento sino a largo recorrido porque de no ser así estamos siguiendo a una fórmula de relación contractual, que es la que hay. Hay que buscar un interés común entre la Administración y el sector privado".

Francisco García, tras explicar que lleva en la Comunidad de Madrid el área de Innovación, Proyectos y Procesos, que se ha creado recientemente, dijo que estaban utilizando el tema de innovación para "escapar del encorsetamiento administrativo que tenemos en estos momentos, con algún tema de colaboración público-privada. Hay que darse cuenta que lo que interesa es que se de el servicio, es decir, que cuando un proveedor se lleva un concurso con el 50% de descuento es imposible que nos de el servicio que necesitamos. A partir de esta fórmula hay que intentar esquivar ciertas fórmulas de negociación porque, si sacas concursos grandes y te encuentras que un servicio prioritario para nuestra consejería, si se pierde ese concurso la gestión del cambio tiene un impacto tan brutal que los sobrecostes que acarrea, se nos vienen encima. Hemos estudiado y hemos pensado muchas cosas. Ya que no podemos pagar, vamos a pensar en cosas nuevas, como las partidas informativas. Nos decimos que para que esto se financie hay que meter publicidad. Pero estas fórmulas te las proponen pero a la hora de la verdad no se pueden aplicar. Como decía hace un momento Gregorio, cuando haces un planteamiento un poco creativo hay que saber que la creatividad dura poco porque llegan los de intervención y ponen tal cantidad de problemas que es mejor abandonar la idea. Tantos problemas, al final te llevan al concurso, pero qué empresa puede aguantar un ciclo completo, aportando consultores, etc. Yo que estuve en consultoría se lo que cuesta hacer una oferta para un concurso, y se la cantidad de recursos que se movilizan dentro de la empresa y todo eso es muy difícil de que lo entiendan nuestros mayores porque lo miran por encima y dicen: "ya se presentará algún proveedor". La administración, al menos la Comunidad de Madrid, está intentando estudiar fórmulas que permitan escapar de estos problemas".

El moderador preguntó sobre si la innovación está bien alineada con las estrategias que vemos en cada uno de los departamentos de salud. ¿Cómo se ve desde la industria? **Lola González** contestó que "las estrategias las deben de marcar los responsables y lo que nosotros podemos aportar son herramientas para la consecución de esta estrategia. La innovación tecnológica en este caso, por si misma, no es ningún objetivo. En todo caso será un medio para la consecución de los fines que se planteen en un momento determinado. Todas las empresas que estamos aquí innovamos tecnológicamente porque esto es como una fábrica que no para, porque cada vez hay más tecnología disponible y nosotros tenemos que pensar cómo incorporamos esta tecnología a lo que creemos que pueden ser necesidades la Sanidad. En mi opinión nos hacemos un lío entre a lo que las empresas nos hace ilusión ofertar y lo que realmente la administración necesita. Se compra mucha tecnología y no sé si está claro que es lo que queremos conseguir con ella. A veces compramos cosas que no responden a lo que la otra parte necesita".

Juan Fernando Muñoz intervino para decir que "venimos de una época en que la innovación, especialmente en Europa y aún mas en España, se liga a fondos públicos para realizar cualquier tipo de investigación. Las organizaciones que tienen que prestar servicios reales deben estar orientadas a esos servicios. La innovación que va ligada a ese tipo de subvenciones normalmente va por libre y no está habitualmente alineada, salvo raras excepciones, con la estrategia de la organización. Eso, cuando hay bastante dinero, no deja de ser casi una anécdota. No innovamos y llegamos a un pun-

to en que eso no se puede mantener. Es el punto en que estamos ahora mismo. No nos queda más remedio que buscar ese alineamiento, esos recursos que iban por libre, hay que agruparlos, definir cuáles son las estrategias desde el punto de vista nacional, el autonómico, hospitalario y servicios de salud y definir unos objetivos comunes a los que todos podamos acceder y a partir de ahí obtener los recursos de todas las fuentes posibles públicas y privadas y poder movilizar eso. Es recomendable aprender de los que están mas arriba, proporcionar los medios y sobre todo, tener un punto de referencia que todo el mundo pueda ver".

Francisco García aclaró que "ahora no tiene capacidad ni fuerza para promover la innovación, pero si nos podemos apoyar en empresas que la tienen. Cuando empezamos en esto, ibas por un hospital y el jefe de Servicio nos tenía cuatro días solo para sus cosas, y lo hacen bien, pero el problema es que piensan en ellos únicamente. Entonces, el esfuerzo que estamos intentando hacer, no es montar o centralizar sino ver que se hace, intentar la coordinación. Eso de que haya cinco hospitales que hagan lo mismo, pues no, vamos a ver y vamos a repartir que haya para todos.
En el fondo yo creo que ha habido cierta frivolidad en el tema de innovación. Creo que se ha innovado de una forma gratuita y ahora eso no vale. Ahora lo que se hace es innovar con cosas que sean viables y que se puedan desplegar y aplicar y todo lo que salga de ahí no te interesa. Y a la pregunta concreta de si se alinean tengo que decir que ahora si porque hay una necesidad que se debe a que muchos proveedores iban al hospital de turno como puerta de entrada y en cuanto se dan cuenta de que la tecnología ya no la compra el jefe del Laboratorio, o el jefe de Anatomía Patológica y en cuanto a la informática, que tienen que pasar por taquilla, ya puedes tener visibilidad de lo que se está haciendo y de las necesidades actuales y a partir de ahí ya puedes retomar la alineación correcta".

Gregorio Gómez consideró que "muchas veces se ha vinculado a proyectos financiados, a áreas muy específicas pero no vinculados a proyectos que luego tienen un impacto real. Por ejemplo, yo he visto en un organigrama que el único departamento que ha puesto algo que tiene que ver con la innovación toca asuntos que al final se apartan del tema. La Comunidad Valenciana apuesta por la innovación real. Ahí está, por ejemplo, el nuevo sistema de externalización de la parte logística".

Ante una nueva pregunta del moderador, **Oscar Sanz** dijo que "para que se puedan compartir escenarios o replicar escenarios tiene que haber confianza y en segundo lugar, tiene que haber empresas que tengan un interés común en transmitir soluciones y al partir de esta base se pueden poner en marcha muchas iniciativas como redes temáticas para comunicar o impulsar conocimiento sobre que cosas innovadoras se están barajando. Y en ese momento o incluso en foros como el que estamos teniendo ahora, también es un mecanismo para dar a conocer y para que aquellos que se sientan identificados vean que estamos aumentando los esfuerzos y reinventando cosas, en este contexto se pueden compartir las soluciones entre las administraciones".

David Labajo aclaró que "cuando hablamos de innovaciones en el sector, pensamos únicamente en innovación tecnológica y la innovación hay que verla desde un plano mucho más amplio. La mejor tecnología del mundo puede ser fantástica y no servir absolutamente para nada si no se implanta adecuadamente, con cambio de procesos, con una nueva gestión de negocio. Entonces hay que pensar en que la tecnología es una parte de todo ello, pero que tiene que estar perfectamente implicada en el funcionamiento de la organización, porque si no, al final, si hablamos de tecnología, ponerle un iPod a un médico vale para que esté mas contento pero poco más. Y a la hora de compartir entre comunidades pasa lo mismo, si vemos la innovación solo como tecnología, al final las comunidades acaban dudando sobre si yo tengo estas tecnologías de referencia, lo cual resulta estéril, ya que lo que hay que ver que forma de trabajar se tiene, tengo estos problemas, tengo estas necesidades, cómo puedo resolverlo y luego ya pondremos la tecnología adecuada".

Roberto Molero matizó que en "España tenemos un índice de innovación que está por debajo de la media que tienen en Alemania, Estados Unidos o Japón y que esto viene dado por la inversión en I+D+i. La innovación que se hace en cualquier lugar de España, a nivel de administración pública o a nivel de la privada, a veces se puede compartir pero si compites no lo vas a compartir. A nosotros como proveedores no nos dejan ni contar el caso, y la Administración Pública se basa en confianza, pero en algunos casos puede que alguien, como un hospital o un grupo de salud, haga algo innovador pero a lo mejor contraviene la política que exista a nivel central".

Lola González suscribió la opinión de **Óscar Sanz,**

y consideró que "replicar experiencias sería aceptable. Hemos hecho muchas veces lo mismo pero bajo matices o diferencias que han hecho que a cada Comunidad le ha parecido esa solución podría ser buena para ella pero no resultaba ser la que otra Comunidad quería o deseaba. Para mi compartir podría ser bueno".

Roberto Molero puntualizó que compartir está bien pero "como haya por debajo un coste por licencias entonces será mas difícil. Competencias, La Ley de contratos, etc".

Juan Fernando Muñoz dijo que esto es uno de los grandes retos para el Ministerio. A su modo de ver "no es tanto compartir los resultados que aplicativos que ya están hechos, trasladarlos de un sitio a otro ya no es complicado. Hay que definir de una vez lo que queremos hacer y ejecutarlo de forma distribuida, dentro de cada una de las Comunidades, en distintas áreas, en la tecnológica principalmente teniendo en cuenta siempre, cuáles son los objetivos de cada una de las Comunidades y cuál es la estrategia desde el punto de vista de la Sanidad Nacional. Vamos a ir a hacer clónicos, hay mucha gente que ya lleva trabajando tiempo en ello pero lo importante es definir los procesos asistenciales que son los que luego nos va a condicionar y una vez que tengamos eso, ahí si que podemos aplicar tecnología en cada uno de los lugares y además sabiendo que nos podemos comunicar todos".

La última pregunta versó sobre cómo conseguir el retorno de la inversión. **Gregorio Gómez** contestó que "el modelo perfecto de relación entre el sector privado y el público es aquel que consigue que haya relación entre el beneficio de uno y el beneficio del otro. Como ejemplo puedo citar el modelo concesional nuestro. Se trata de un planteamiento completamente integral donde al final el interés del adjudicatario y el interés del que adjudica son exactamente el mismo, que es que la población esté lo mas sana posible y que la solución sea lo mas eficiente posible. Si esta solución se da el concesionario gana más porque recibe una cantidad fija y la administración no paga más y la población está mas sana. Es un modelo perfecto. Pero claro, encontrar esto en otros ámbitos será más fácil cuando el planteamiento sea lo más integral posible. En el planteamiento que estamos estudiando ahora mismo las cosas son un poco más difíciles. Cuanto más parcial sea el enfoque, más complicado es".

Francisco García informó que pusieron en marcha al abrir hospitales nuevos, una central de radiodiagnóstico. "El laboratorio es una concesión e hicimos un cálculo por estimación. En base a todas las determinaciones que estimaban que se iban a sacar, el coste interno que había y a eso se le aplicó un 30% incremento. El problema es que este modelo no se está aplicando en más sitios. La razón se debe a que son hospitales nuevos y el modelo lo permitía pero los hospitales que llevan tiempo funcionando necesitaban algo diferente como, por ejemplo, utilizar lo que ya teníamos. No debemos implantar nada nuevo y usarlo sin conocer nuestra casa por dentro y ver lo que se debe usar".

Francisco Javier López Narbona, manifiestó que en grandes corporaciones es difícil gestionar todas las iniciativas de innovación reales, y no reconocerlo es un problema a largo plazo.

Oscar Sanz incidió en los modelos de compra innovadora, diciendo que se mide el resultado del retorno en dos objetivos principales.

Para **David Labajo** "el retorno se puede medir, de hecho tenemos muchas experiencias de poderlo medir, pero hay que diferenciar primero que tienen que estar todos los procesos documentados.

Terminado el debate tuvo lugar un interesante coloquio entre la mesa y los asistentes.

CLAUSURA

La mesa estuvo formada por **Julián Pérez Gil,** gerente del Servicio Vasco de Salud, al cual acompañaron **Luciano Sáez, Julio Moreno** y **Carlos Luis Parra Calderón**.

Carlos Parra manifestó a modo de conclusiones que el cambio del escenario socioeconómico y los cambios que se están conllevando en los propios servicios de salud, va a necesitar una gran capacidad de inversión y de reacción rápida en los temas propuestos. "No tanto en la tecnología ya que tenemos la suficiente y se evoluciona de una forma suficientemente rápida como para dar respuesta a ciertos problemas y en tanto que no tenemos financiación pero tenemos que desarrollar mas proyectos y más rápido para poder generar la evidencia necesaria para disponer de soluciones para dar la respuesta que se espera".

Julio Moreno agradeció a los presentes el haber



dejado sus responsabilidades para asistir a las Jornadas, "en estos momentos complejos en los que todos somos necesarios en nuestros puestos de trabajo, podamos compartir estos momentos de reflexión. Sin duda, como otros años, las conclusiones serán leídas por los responsables de los servicios de salud que nos apoyan para que continuemos haciendo de este Foro una reflexión compartida. El Presidente comentará detalles sobre las próximas Jornadas que serán las XX. Intentaremos tener algún detalle por estos 20 años, lo que supone que todos tenemos 20 años mas, y, a lo mejor, históricamente puede hacerse un recorrido de cómo se ha ido derivando en la Sanidad y en las TIC, dentro de lo que representa este ciclo histórico".

Luciano Sáez mostró el agradecimiento a la industria por su participación y el patrocinio ofrecido e incidió en la idea de hacer algo especial para conmemorar las Jornadas nº XX. Además hizo una mención especial para **Eloy M. Rodríguez, Carlos Parra y Julio Moreno**, su dedicación por haber conseguido los objetivos a pesar de la ausencia de Jesús Galván. Y concluyó diciendo que "este año en Noviembre, los días 21 y 22, en La Coruña, la Sociedad va a celebrar un nuevo encuentro llamado 1ª Reunión de la Plataforma Tecnológica para la Innovación en Salud" cuyo objetivo es ahondar en buscar soluciones de innovación. Espero que el año que viene nos veamos todos de nuevo".

Julián Pérez Gil clausuró las Jornadas reconociendo que "la situación actual es grave". Señaló que "disponemos de dos vías de actuación. Una es la innovación y la mejora de los procesos y conseguir una reducción del gasto y mas eficiencia. Pero lo que está viniendo es recortes, disminución de los servicios y reducción del estado del bienestar por lo que yo creo que esto es muy importante. Pienso que a través de la innovación y a través del mejor hacer de la Sanidad es cuando conseguimos los objetivos.
Hay que pensar en menos ladrillo y mas tecnología. La estrategia, si no lleva detrás presupuesto, no hay nada. En Euskadi estamos invirtiendo en estos tres últimos años el 15% de nuestro presupuesto en sistemas de información y dedicamos el 2% de Osakidetza al Servicio de Informática. El problema es que un software no se inaugura, un Centro de Salud, si. Pero claro, eso el ciudadano no lo ve Creo que hay que decirle al ciudadano que es preferible una habitación doble pero que tenga una buena historia clínica que permita que el profesional que le atiende disponga de toda la información".

CONCLUSIONES

Reflexionando con cierta perspectiva sobre lo que vivimos, sentimos y pensamos durante las pasadas Jornadas de Málaga, la SEIS se queda y por tanto quiere manifestar un pensamiento positivo, basado en la actitud de las personas que hoy dan la cara y están en primera línea de las decisiones en nuestro ámbito, tanto desde el sector privado de los proveedores de tecnología como desde los propios servicios de salud. Se evidenció que en tiempos difíciles los Percebales son multitud, en busca del grial del beneficio compartido.
Los legisladores y los gobiernos de todos los niveles de este país tienen la responsabilidad de facilitar el camino de esta búsqueda y de acertar con las decisiones de ejecutar los proyectos que realmente impactan en el conjunto de objetivos que compartimos cuando hablamos de innovación según la Informática de la Salud.
Los demás agentes que intervenimos, incluyendo a la SEIS, somos corresponsables del éxito de estas iniciativas. No hay opción para estar de perfil. Nos jugamos todo en ello…

SOLUCIONES TIC INTEGRALES, INTEROPERABLES Y EXTENSIBLES A CUALQUIER ENTORNO SANITARIO



CSC | HEALTHCARE GROUP

Nuestras Soluciones TIC crean un nuevo modelo de cooperación entre todos los profesionales involucrados en el proceso asistencial, incrementando la eficiencia y la calidad de los servicios que prestan a sus pacientes.

Hasta el momento nos ha conocido como iSOFT, uno de los principales proveedores de soluciones de tecnologías de la información para Sanidad. Ahora, desde el 1 abril de 2012, formamos parte del Grupo de Sanidad de CSC, una de las mayores multinacionales proveedoras de soluciones tecnológicas empresariales.

En el centro del Grupo de Sanidad de CSC estaremos respaldados por la magnitud y el compromiso de una compañía mundial que cuenta con más de 98.000 profesionales en 90 países de los cinco continentes, situándonos en un lugar privilegiado para diseñar, desarrollar e implementar las soluciones más innovadoras de la industria, además de incorporar nuevos servicios, enriqueciendo nuestra cartera y mejorando, por tanto, la oferta de valor que ofrecemos al sector salud.

www.csc.com/health_es

II Foro para la Gobernanza de las TIC en Salud

Se celebró en la ciudad de Alboraya. Esta ciudad que acoge muy bien a sus visitantes cuenta con grandes zonas de huerta y con las modernas construcciones que fundamentalmente se sitúan en lugares cercanos a la playa. Los alborayenses tienen dos grandes ventajas que son, la playa de La Patacona y su actual alcalde, Miguel Chavarría que fuera Secretario General de la SEIS, cargo que tuvo que dejar por dirigir la Alcaldía. Miguel Chavarría, gran amigo de todos, nos recibió de una forma sumamente entrañable y su comportamiento fue el motivo principal para que nos encontráramos a gusto todos los asistentes.

ACTO INAUGURAL



El Foro comenzó con el tradicional Acto de Apertura en el que intervinieron **Luis Eduardo Rosado Bretón,** consejero de Sanidad de la Generalidad Valenciana, **Miguel Chavarría,** alcalde de Alboraya y **Luciano Sáez**, presidente de la SEIS.

El primero en tomar la palabra fue **Luciano Sáez,** quien destacó que este Foro era muy especial para él por contar con la presencia de Miguel Chavarría, compañero de la SEIS desde hace dos décadas y de Luis Rosado, que ya obtuvo un premio Nacional de la SEIS por su trayectoria y dedicación y que ha colaborado especialmente en el impulso de la Informática Sanitaria. Agradeció su labor al Comité Ejecutivo del Foro, que está formado por los miembros del Comité Asesor Institucional de la SEIS y los Presidentes de las Asociaciones de profesionales TIC del sistema sanitario. Tras considerar esencial la participación de la Consejería de Sanidad de la Agencia Valenciana de Salud y sus profesionales como agentes básicos del escenario, mostró su agradecimiento a las empresas que colaboraron en estas jornadas de trabajo, como Telefónica, Fujitsu, Intel, Indra y CSC; así como a todos los socios y colaboradores de la SEIS y entidades asociadas y a los profesionales TIC de los sistemas de salud que acudieron a la convocatoria.

Sáez expuso que "los objetivos y temas a desarrollar en esta segunda edición son el resultado de las reflexiones del comité institucional de la SEIS que se trataron en la reunión que se celebró en Málaga el pasado mes de junio plantando las sesiones de debate que figuran en el programa. Dada la especialización que nuestro sector requiere se constituye este escenario de relación entre los responsables TIC del sistema sanitario, donde seamos capaces de

establecer sinergias y analizar e impulsar el papel que el Cio en Sanidad representa en las organizaciones sanitarias. Nuestro sector precisa realizar una verdadera innovación una verdadera innovación en todos los ámbitos de funcionamiento desde la flexibilidad de los ciudadanos, la prestación de servicios, el propio control sanitario y la redefinición de los roles de los profesionales de la salud. El papel de las TIC en el sector salud, hoy es vital para que nuestras organizaciones sanitarias puedan mantener y mejorar su nivel de servicio a los ciudadanos. Los Cios tienen la responsabilidad de plantear soluciones innovadoras alienándose con la estrategia del negocio sanitario. Deben ser impulsores de la transformación de nuestro sector".

Por ello, la Sociedad Española de Informática de la Salud configura el Foro de Gobernanza de las TIC en salud con alguna de las siguientes líneas de trabajo que mencionó a continuación:

- Identificar e impulsar el gobierno y la toma de decisiones en todas las actuaciones tecnológicas de los proyectos de salud.
- Promover un entorno de comunicación del conocimiento e intercambio de información científico-técnica entre los profesionales y responsables de la gestión de las tecnologías en informática de la salud.
- Cooperar y compartir la realización de proyectos de interés común.
- Impulsar la innovación y la investigación en TIC-Salud.
- Promover el papel estratégico de querer desempeñar las áreas tecnológicas en las organizaciones sanitarias.
- Proponer acciones para disponer de la estructura de recursos humanos suficientes y capacitados para la dirección de proyectos TIC.
- Contribuir a incrementar la motivación y desarrollar la competencia técnica del colectivo de profesionales de informática de la salud.
- Es imprescindible que los conocimientos de este personal sean acordes con el nivel de su organización.

"Tenemos que destacar que este es uno de los puntos débiles de nuestro sistema sanitario para la innovación de sus procedimientos. Los proyectos cada vez son mas complejos y de mayor alcance y nuestras organizaciones precisan técnicos con mas conocimiento y con la capacidad de asumir esta responsabilidad", dijo.

Para el presidente de la SEIS "es muy importante para la propia existencia de este foro que todas las organizaciones implicadas en el sistema sanitario apoye la celebración de estas reuniones de trabajo. Por ello agradecemos a todas las Consejerías, al Ministerio de Sanidad y a Red.es su colaboración. Nuestro agradecimiento al comité organizador y a todos los profesionales que han apoyado que este foro se inicie hoy en Alboraya. Aquí quiero mencionar a Gregorio Gómez Soriano y su equipo por su ayuda y colaboración y al coordinador general de este Foro, Francisco de Francisco por su trabajo y dedicación".

El programa de trabajo que se presenta, dijo para finalizar, "cuenta con la participación de conferenciantes, ponentes y moderadores con el mas alto nivel de responsabilidad y experiencia. A todos ellos agradecemos su trabajo y disposición a transmitirnos su conocimiento. Confío que esta jornada de trabajo sea útil y que año a año seamos capaces de ir perfeccionando los contenidos y aumentar el interés profesional de este Foro".

Seguidamente **Miguel Chavarría** saludó a todos los asistentes, mencionando especialmente a los valencianos. Agradeció al Consejero su presencia en el acto y a la SEIS por haber elegido Alboraya como sede de las Jornadas, resaltado su orgullo por ser miembro de la Junta Directiva de la SEIS (Secretario General en excedencia). "Quién me iba a decir que, después de haber intervenido en tantos actos de la SEIS, con distintas responsabilidades, lo iba poder hacer hoy como Alcalde de Alboraya, que es mi pueblo. Qué difícil me resulta transmitir la emoción que en este momento siento. Alboraya cuenta con 22.673 habitantes y es un pueblo maravilloso, del que me siento muy orgulloso. Vosotros mismos podéis comprobar que este es un pueblo cuyo entorno es verdaderamente envidiable. Estamos en la huerta mas fértil de Valencia y además junto al mar. Salimos de casa y podemos pasear entre los campos de hortalizas o acercarnos a nuestras preciosas playas de arenas suaves y doradas. Nuestro clima es suave todo el año. Todo ello conforma nuestro carácter. Los valencianos somos acogedores, nos gusta compartir todo lo bueno que tenemos, sobre todo ante una mesa bien surtida con los ricos manjares de nuestra tierra. El producto estrella de nuestros campos es la chufa de la que hacemos la deliciosa horchata conocida internacionalmente. Pero también y gracias al espíritu innovador de nuestros productores e industriales, sacamos de las chufas nuevos productos como un aromático aceite, cerveza, mermeladas, harina para la repostería, etc. Este es un pueblo que acoge con verdadero gusto a quien nos visita y les ofrece todo tipo de pequeños placeres que harán de vuestra es-

tancia entre nosotros una auténtica delicia que desearéis repetir aunque en estas jornadas no tendréis tiempo para disfrutar todas. Uno de mis objetivos hoy, como alcalde, es convenceros de lo agradable, atrayentes y encantadoras que resultas las visitas a este municipio". dijo.
Concluyó su intervención deseando que los objetivos de este Foro se cumplieran y dando la bienvenida a todos los participantes.

Finalmente, **Luis Eduardo Rosado Bretón**, tras agradecer las palabras del Alcalde, dio la bienvenida a la SEIS, una sociedad amiga que "desde hace muchos años nos da cuenta del nivel de nuestros sistemas de información". A veces, dijo, "la mejor percepción de algo no la tiene uno endogámicamente si no que necesita verse desde fuera para saber en qué sitio está. La SEIS fue quien me dijo y me informó de la potencia y de la importancia que tienen los sistemas de información de a Comunidad Valenciana. La Sociedad siempre ha hablado bien de la Comunidad Valenciana y por tanto me siento muy alegre de que estéis aquí y que vengáis todas las veces posibles, porque aquí vais a tener mucho que hacer. Podemos decir que las TIC son importantes para todos los sistemas sanitarios, son importantes para la gestión sanitaria, no podemos vivir sin las fuentes de información que nos permitan saber en qué situación estamos y como vamos evolucionando en tiempo real de nuestros sistemas de salud, pero son esenciales para los profesionales. Tenemos que luchar siempre para que los sistemas de información estén activos y permitir que nuestros profesionales sanitarios tengan estas herramientas. La organización, los profesionales y los ciudadanos necesitamos de las TIC. No podemos imaginarnos una Sanidad sin Centros de Salud y sin Hospitales y no nos podemos imaginar tampoco, una Sanidad que carezca del andamio que le está dando en estos momentos los sistemas de información.

También quiero resaltar la importancia de la continuidad. Llevo muchos años dando vueltas a la gestión sanitaria dentro de esta Comunidad y siempre he tenido contacto con toda la organización para establecer sistemas de información. Podemos decir que la situación actual viene de la primera reunión que se tuvo hace muchos años para hablar de los sistemas de información. Hemos llegado a esto gracias a la continuidad". Continuó diciendo que "el futuro de los sistemas de información pasa por la gobernanza de los sistemas de información, por su control. No podemos hacer las cosas de una forma dispersa o no coordinada. Por ello creo que es importante decir que el futuro empieza por lo que nosotros hemos querido llamar en nuestra Comunidad el Plan de Sistemas, algo tan importante como conseguir una coordinación global de todos los sistemas de información en un mismo nexo".
El consejero se mostró partidario de "tender hacia la unificación de sistemas.
Las nuevas aplicaciones y mas allá de las aplicaciones que se basan en nuestros sistemas yo creo que las TIC deben convertirse en una terapia. Muchas de ellas deben estar al servicio de mejorar la salud de los ciudadanos, deben de ser verdaderas intervenciones terapéuticas para mejorar la salud de los ciudadanos. Esto lo podemos lograr. Estamos asistiendo últimamente a una evolución de los sistemas sanitarios hacia el paciente y que nos permite, por ejemplo, intentar que la tecnología llegue al domicilio del paciente para que reciban un tratamiento adecuado y eviten indicadores de mala salud. Lo que estamos haciendo es convertir las TIC en medicinas, estamos convirtiendo nuestra tecnología en elementos terapéuticos para la mejor salud de los ciudadanos.
Terminó diciendo que "ya basta de que cada uno invente algo. Lo que hay que hacer es que cada uno copie las mejores prácticas de su vecino" y dio por inaugurada la II reunión para la Gobernanza de las TIC.

PRIMERA SESIÓN. CONFERENCIA.

Adolfo Muñoz, secretario del CTN 139 de AENOR-SEIS y coordinador general del Comité Ejecutivo del Foro de Interoperabilidad de la SEIS, anunció la Conferencia "Estándares y Metodologías para la Gobernanza de las TIC: Estado del Arte", que corrió a cargo de **Juan Carlos Muria.** Con gran experiencia, tanto en la Gobernanza como en los Estándares de Interoperabilidad, es el Consultor principal de Sanidad de Fujitsu y además se ha dedicado a la investigación. Ha participado en varios proyectos TIC dentro de Fujitsu sobre la interoperabilidad de la historia clínica electrónica y el resto de las TIC en Sanidad.
Juan Carlos Muria comenzó su intervención sobre estándares y metodologías para la Gobernanza de TI realizando un breve análisis de la situación actual del mercado de TI. "Según la encuesta a responsables de TI de la Society for Information Manage-



ment (www.simnet.org) existe una tendencia clara a reducción de la compra de productos hardware y software y de la contratación de personal interno en las organizaciones. Podemos extraer la conclusión de que los departamentos TIC están reduciendo su tamaño y se están externalizando muchos servicios que antes eran realizados por personal propio de las organizaciones. Sin embargo, lo que nunca debería externalizarse es la estrategia TIC, ya que esta estrategia tiene la capacidad de transformar la organización, a mejor pero también a peor. Por ello los CIO deben enfocarse a extraer el máximo valor de las inversiones TIC para la organización, tomando las decisiones correctas y ejecutándolas de una forma óptima, siempre de acuerdo con la estrategia corporativa. Para aplicar prácticas de Gobernanza de TI debemos tener una estrategia definida en la organización y por supuesto, una madurez TI dentro de la organización. Si no existen estas dos condiciones, es inútil hablar de alineamiento de las TI con la estrategia de la organización", dijo.

El responsable de Fujitsu relató diversos errores típicos de la aplicación de las TIC en las organizaciones, destacando especialmente la necesidad de hacer las cosas simples frente al error de querer abarcar muchas cosas convirtiendo los sistemas de información en algo muy complejo e inmanejable.

Mencionó también el libro publicado por Fujitsu en el año 1998 "The Information Paradox" de John Thorpe, y cuya última revisión fue en 2003, donde se presentan varias herramientas que luego serían incluidas por el IT Governance Institute (ITGI) en su metodología Val-IT, como por ejemplo la cadena de resultados, explicando que Fujitsu ha estado trabajando en proyectos de retorno de valor o "benefits realization" de las TI en las organizaciones, y en concreto en sanidad desde finales de los noventa, cediendo parte de sus herramientas a organizaciones como el ITGI, antes mencionado, aunque el concepto de Gobernanza de TI es de 2005.

En el momento actual, según el ponente, nunca ha sido tan necesaria como ahora la necesidad de extraer más valor de las inversiones de TI y gestionar un abanico creciente de riesgos relacionados con las TI.

Pese a que existen múltiples estándares en el mercado, incluso una norma (ISO 38500), Juan Carlos Muria se centró en el estándar con mayor aplicación en el mercado, el propuesto por el ITGI.

Esta metodología identifica cinco áreas de la Gobernanza de TI: Medición de desempeño, Optimización de recursos, Optimización de riesgos, Alineamiento estratégico y Creación de valor, de las cuales las tres primeras son tareas internas y las dos últimas son los resultados visibles de un proceso de mejora continua y Gobernanza de TI.

Muria explicó cómo el enfoque Lean de Fujitsu es clave para obtener mejores resultados en la Gobernanza de TI identificando desperdicios y orientando las actividades a aportar valor a la organización.

Así mismo mencionó la importancia de tener un cuadro de mando para realizar un seguimiento y alinearlo con el cuadro de mando corporativo. Y para finalizar expuso algunos consejos para abordar con éxito la Gobernanza de TI en las organizaciones sanitarias, como la implicación de la gerencia, el benchmarking entre sistemas de salud y entre distintos servicios de una organización sanitaria, y la flexibilidad de las TIC.

MESA DEBATE 1



Moderada por **Zaida Sampedro Préstamo**, directora general de Sistemas de Información Sanitaria Servicio Madrileño de Salud, contó con la participación de **Juan Antonio López Vilaplana,** jefe de área de Informática, Telecomunicación y Organización de la Agencia Valenciana de Salud; **Vicent Moncho Mas,** director de Organización y Tecnologías de la Información del Departamento de Salud de Denia del Hospital Marina Salud; **Guillermo Vázquez González,** subdirector de Sistemas de Información de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña del SERGAS; **Ángel Luis Blanco Rubio,** director de Organización y Procesos de Capio Sanidad y **Clara María Esteban Escobar,** directora médica del Servicio de Promoción de la Salud de Sanitas.

Zaida Sampedro comenzó diciendo que el objetivo de la mesa era doble: "por un lado voy a intentar que lo que se diga sea ameno y que al mismo tiempo suscite reflexión e interés, no sólo entre los que me acompañan en esta mesa, sino también entre todos los asistentes". Comentó que "dada la situación que atravesamos pediría a todos los ponentes que transmitan un mensaje de ánimo, ya que los que nos movemos en el mundo de las TIC hemos apostado porque podíamos ser un elemento dinamizador, podíamos hablar de innovación, podíamos hablar de contribuir al sistema o quizás, desde esa perspectiva, veamos de qué manera podamos ser hoy un elemento clave".
Sampedro se refirió también a una noticia publicada a raíz de una reunión que tuvo lugar esa misma mañana con la ministra de Sanidad, Ana Mato. "En esa reunión –dijo– han estado representantes de la Organización Médico Colegial, de la Federación de Asociaciones Médico Científicas y también de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. De forma unánime hablaban de que era prioritario una primera medida para la eficiencia del sistema sanitario que no es otra cosa que resolver los problemas de interoperabilidad que permita disponer de la Historia Clínica compartida. Esto se está pidiendo desde las bases, desde las organizaciones de los profesionales sanitarios y se lo pedían como un compromiso a la ministra. Hace unos años no veíamos posible que esto pudiera llegar".

A lo largo del desarrollo de la primera mesa del Foro para la Gobernanza de las TIC en Salud, en la cual participaron representantes de distintas organizaciones públicas y privadas del ámbito sanitario, se debatió acerca de los retos, las dificultades y las claves para conseguir que el paciente sea el eje central del sistema: "La colaboración entre los distintos actores y la compartición de información, claves para la Gobernanza de las TIC con servicios sanitarios externalizados en un entorno multiproveedor". Todos los participantes coincidieron en la complejidad del modelo y en que la máxima prioridad es compartir información. Destacaron que los datos son imprescindibles desde las distintas perspectivas: clínica, de gestión e investigación.



Por ello, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los modelos de gestión y de los sistemas de información sobre los que se sustenta cada centro sanitario, es necesario ponerse de acuerdo en estándares y estar dispuestos a compartir servicios que hagan más eficiente la asistencia sanitaria en general y la gestión de las TIC en particular. En opinión del representante de CAPIO, la colaboración y compartición debe hacerse teniendo en cuenta que existen necesidades comunes pero que deben ser posibles las cuestiones diferenciales ya que en el entorno actual se comparten pacientes, y al mismo tiempo se compite, entre los distintos actores del sistema.

La estrategia seguida por cada una de las organizaciones que estaban representadas en la mesa tiene coincidencias en aspectos tales como el establecimiento de políticas internamente y la colaboración con proveedores de servicios TIC para determinadas actividades que puedan ser compartidas con otras organizaciones, como el mantenimiento y evolución de productos de mercado, permitiéndoles beneficiarse al tener costes más reducidos. Se puso de manifiesto la apuesta por modelos de gestión de las TIC que, si bien pasan por la externalización de ciertos servicios, están orientados al control y supervisión con recursos propios evolucionando las áreas TIC, como destacó el representante del Hospital de Denia, hacia unos departamentos con otras estructuras y responsabilidades aglutinando las áreas de organización y procesos con el fin de sacar el máximo rendimiento a estas últimas. Para la representante de SANITAS la clave es conocer qué información le interesa al paciente y cuál es necesaria para una asistencia eficiente y con calidad y a partir de eso orientar sus sistemas. En esta línea se habló de la importancia de trabajar en equipos multidisciplinares (clínicos, gestores e informáticos) para abordar los procesos de implantación y evolución.

Los representantes de la Agencia Valenciana de Salud y del SERGAS resaltaron la dificultad que supone dar respuesta al requisito de compartir información no sólo entre los centros de gestión directa sino con aquellos que están concesionados o son concertados. Por ello, estiman que debe pactarse qué y cómo comunicarse. Varios de los integrantes de la mesa ven la Gobernanza de las TIC como un camino que habrá que recorrer para conseguir los retos actuales en este ámbito, otros señalan que el principal elemento en contra es el ritmo de avance que no siempre responde a lo que sería necesario. Como conclusión final todos consideran que la crisis actual es una oportunidad para avanzar en la implantación de las TIC y están convencidos que sin ellas no será viable implementar las medidas que cada vez serán más necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

MESA DEBATE 2



Bajo el eslogan "¿Qué servicios subimos a la RED?", la mesa fue moderada por **Gregorio Gómez Soriano,** director de Gestión Sanitaria de la Agencia Valenciana de Salud y contó con la participación de **Xavier Oliva Suárez,** subdirector de Tecnologías de la Información Servei de Salut de les Illes Balears; **Jesús Óscar Díaz González**, coordinador del Área Sistemas de Información del Servicio de Salud del Principado de Asturias; **Manuel Escudero Sánchez,** subdirector general de TI del Servicio Murciano de Salud; **Julio Jesús Sánchez García**, gerente de Ingeniería y Proyecto e-Health de TELEFÓNICA y **Carlos Piqueras Picón**, business development manager Digital Health de INTEL.

Gregorio Gómez comenzó asumiendo el consenso de que subir cosas a la nube presenta ventajas, al menos a medio y largo plazo, y que el reto es ver como transformar las organizaciones para incorporar este tipo de servicios. En primer lugar, propuso a los ponentes aportar alguna experiencia que demostrara si esto era así; en segundo lugar, planteó la cuestión de cómo se puede abordar este cambio en una organización que ya está en marcha, dado que los servicios de salud no parten de la nada y cuentan con numerosos recursos –materiales y humanos- que se encuentran distribuidos y con soluciones que están funcionando. Son aspectos que no podemos olvidar al hacer un planteamiento en este sentido. El reto, por tanto, es determinar cómo transformamos nuestras organizaciones para incorporar este tipo de servicios y ver que tendríamos que hacer los próximos años para intentar obtener de forma efectiva beneficios derivados de la utilización de servicios en la nube.

El debate se inició preguntando a los ponentes si tenían alguna experiencia como clientes o proveedores, o si estaban pensando en llevar a cabo alguna, mínimamente madura, y qué tipo de servicios están empezando a plantearse subir a la nube. Después de escuchar a todos los ponentes, el moderador constató que parece haber un acuerdo generalizado en que los servicios en la nube constituyen una ventaja al estimar un coste inferior. Sobre qué servicios deben subirse a la nube, hubo quien se pronunció decididamente subrayando que "CPD´s y datos siempre deben ser "nuestros" y nunca deben subirse a la nube".

Otro aspecto relevante tuvo que ver con seguridad, llegándose a la conclusión de que la seguridad es posible, pero con unos costes elevados cuando se quiere garantizar con niveles óptimos. Tras un animado coloquio en el que participó el público asistente, el moderador resumió las conclusiones destacando dos posturas diferentes: la de quienes creen que los servicios en la nube pueden dar cobertura a casi todas nuestras necesidades y los que tienen una visión más limitada de lo que podemos subir a la red. El moderador clarificó que la referencia a servicios en la nube hay que entenderla en su acepción más amplia,

como servicios deslocalizados. La nube no tiene por qué ser una nube pública. También existen las nubes privadas y hay servicios deslocalizados que se están prestando con más o menos fortuna, pero que evidentemente están ahí. El moderador reconoció que se habían quedado sobre la mesa bastantes cuestiones, debido a las limitaciones de tiempo, como el ejercicio de intentar prever cómo va a evolucionar esto, de qué forma afectará y, sobre todo, cómo se incorporará en organizaciones que están en marcha, es decir, como puede deslocalizarse algo en una organización muy localizada, que tiene sus recursos en los hospitales con estructuras distribuidas y que se quiere pasar a un modelo contrapuesto.

El debate tuvo un considerable éxito quedando de manifiesto la conveniencia de tratar algunos de los temas surgidos con más profundidad y con más tiempo para el debate.

MESA DEBATE 3



"¿Es posible un modelo de colaboración TI entre Servicios de Salud?" fue el título de la mesa moderada por **Juan Fernando Muñoz Montalvo,** subdirector general de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los ponentes fueron **Francisco Javier García Vieira,** director de Planificación de Programas Red.es; **Antonio Poncel Falcó**, director técnico del Proyecto de Receta Electrónica del Servicio Aragonés de Salud; **Antonio del Barrio Morón**, director del Área TIC SESCAM; **Carlos Gallego Pérez,** responsable de la Oficina d'Estàndards i Interoperabilitat del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; **Lola González Cuyás,** directora de Ventas España y Portugal deCSC, Grupo Sanidad, e **Ignacio Martos Yáñez**, director AAPP y Sanidad de INDRA.

El moderador se pronunció acerca de la necesidad de ideas en un momento en el que se está intentando decidir qué modelo de colaboración se establece, principalmente pensando en la parte presupuestaria. En ese sentido consideró oportuno hacer una retrospectiva de cómo se ha venido colaborando en los últimos siete años en este área para, por lo menos, saber de donde venimos y hacia donde vamos.

En estos últimos años el modelo de colaboración entre las CC AA y el Ministerio ha sido a través de los Planes Avanza, con fondos europeos (Feder) y también del Ministerio de Sanidad y de Red.es. Se ha invertido en este tiempo 241 millones de euros, fundamentalmente en tres proyectos como HCDSNS, Receta electrónica y Telemedicina, en su sentido mas amplio. Otras cooperaciones se han dado al albur de programas europeos y sobre los anteriores, como es el caso de epSOS.

Actualmente, con menos fondos FEDER y mayor

dificultad para complementar la parte correspondiente para el período 2014-2020, se precisan nuevas formas de hacer de la necesidad virtud. A la vista de que los resultados de estos proyectos son desiguales en los diferentes sitios, pidió a los participantes una reflexión sobre cómo han ido las cosas hasta ahora, "con la idea de que a partir de ahí podamos aprender y plantear el siguiente hito de colaboración".

Las respuestas a cuáles son estas nuevas formas pasan, según los ponentes, por la idea de colaboración entre las distintas partes que intervengan y la necesidad de que alguien lidere y coordine, como puede ser el Ministerio de Sanidad.

La mesa abordó también propuestas para desarrollar en adelante, concretando en un plazo de un año, en proyectos de eficiencia, intentando responder a cuestiones como ¿qué puede hacer la empresa? y ¿qué se puede esperar del sector privado?, teniendo en cuenta que hay voluntad política y que se cuenta con recursos mínimos para invertir.

Hubo quien, partiendo de la base de que los tiempos son cortos y permiten filosofar, se mostró partidario de que proveedores y CC AA compartieran la misma solución, negociando cómo alinearse, respecto al nivel de servicio que se quiera, modificaciones que se requieran, etc.

El moderador insistió en preguntar qué se podía hacer y qué se podía esperar del mercado: "¿Podemos hablar de un escenario, de alguna experiencia en la que podamos ver una solución gracias a la cual las inversiones más grandes se vayan difiriendo en el tiempo, que se vaya a un modelo de pago por uso? ¿Eso lo veis desde el punto de vista del mercado?".
La mayoría de los ponentes se mostró de acuerdo con la opinión de un representante de la empresa que lo consideró viable, siempre que se exija a las organizaciones, que igual que se comparte la problemática, se compartan también las soluciones. "Todo se puede plantear y acordar. Las empresas estamos abiertas a todo. Ya se están compartiendo muchas cosas. Y hay un modelo informal para compartir, Entre diferentes CC AA se están compartiendo cosas muy concretas. Hay redes informales de técnicos entre los que se comparte información. De manera que el hecho de compartir, de forma disformal, ya se está realizando".

El moderador pasó la palabra al público preguntando qué cosas podrían abordarse a lo largo de este año. Hay varios modelos y voluntad política. Hay que decidir qué hacer para obtener, de verdad, un beneficio rápido que sea visible y de credibilidad para poder reclamar esos presupuestos mínimos.
El debate tuvo gran interés y entre las conclusiones destacó la consideración de que antes era más



sencillo colaborar, al pertenecer todos a la misma organización, pero ahora con las autonomías era más complicado y lento llegar a acuerdos, aunque, a pesar de ello, se estaba consiguiendo. También se consideró necesario centrarse en colocar a las TIC como palanca de eficiencia del negocio con ahorros mucho más sustanciosos que su propia consolidación, como se ha hecho recientemente a través del RDL 16/2012. La palabra clave fue "colaboración" de cara a planificar los pasos para hacer el camino deseado, en definitiva, buscar los Quick Wins.

MESA DE CLAUSURA



Juan Fernando Muñoz, Miguel Chavarría y Francisco Javier Francisco Verdú, durante el acto de clausura

El acto de clausura estuvo presidido por **Miguel Chavarría.**

Intervino en primer lugar **Francisco Javier Francisco Verdú,** coordinador del Foro, para agradecer a todos su presencia y ayudar para sacar adelante esta reunión. Comentó la gran calidad e interés que habían tenido todos los debates "porque de todos ellos han surgido ideas y comentarios importantes".

Juan Fernando Muñoz se sumó a los agradecimientos del Coordinador, mostrando una especial gratitud al Alcalde.

Miguel Chavarría, por su parte, agradeció a las SEIS la presencia en Alboraya, así como a las empresas colaboradoras y a todos los asistentes que hicieron posible la celebración del foro, dando por clausurado el encuentro.



Miguel Chavarría clausurando el foro

CELEBRADA LA REUNIÓN GENERAL ANUAL DEL PROYECTO PITES

El Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC) acogió la reunión general anual del proyecto PITES (Plataforma para la Innovación en nuevos servicios en Telemedicina y e-Salud para pacientes crónicos y dependientes), a la que asistieron representantes de la mayoría de sus nodos: del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, del Hospital Clínico de Barcelona, del Sector Sanitario de Barbastro, de la Gerencia de Primaria de Albacete, del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda y de la Unidad de Investigación en Telemedicina y eSalud del Instituto de Salud Carlos III. También se unió el propio CHUAC como participante en la segunda fase del proyecto.

El proyecto PITES tiene como objetivo la creación de una agrupación de nodos de innovación tecnológica, con base en unidades clínicas, para el desarrollo de un entorno de aplicaciones, herramientas e infraestructuras TICs que, basadas en estándares abiertos, sean seguras, accesibles e interoperables; permitiendo implementar soluciones de telemedicina móvil personal y de e-salud para los nuevos modelos de atención sanitaria, enfocadas en personas con condición crónica, frágiles y dependientes, acelerando la transferencia del conocimiento a la práctica clínica. PITES se encuentra en su tercer y último año, aunque ya se está trabajando en su continuación: PITES-ISA. Durante la reunión se analizó la situación actual del proyecto, el avance de las actuaciones de cada uno de los nodos y se presentó la nueva fase del proyecto, que va a dedicarse a desarrollos enfocados en la interoperabilidad, la seguridad del paciente y la ayuda a la decisión.




XVI Congreso Nacional de Informatica de la Salud
Infors@lud 2013
"Las TIC en tiempos de crisis"
MADRID, 12, 13 y 14 de marzo
Palacio de Congresos de Madrid
Paseo de la Castellana, 99
28046 Madrid
Organiza
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD
SOCIOS TECNOLÓGICOS
InterSystems
CSC
Microsoft
Telefónica
COLABORADORES TECNOLÓGICOS
AGFA HealthCare
Atos
CITRIX
EMC²
intel
FUJITSU
INFORMÁTICA
ORACLE
T-Systems
UNIT4

XVI Congreso Nacional de Informática de la Salud

Infors@lud 2013

Las TIC en tiempos de crisis

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente
Luciano Sáez Ayerra
Coordinador General
Rodrigo García Azurmendi

Responsable de Comunicación
Salvador Arribas Valiente

COMITÉ DE GESTIÓN

Miembros
Alberto Gómez Lafón
Fernando Bezares Pértica
Begoña Otalora Ariño
Marcial García Rojo
José Quintela Seoane

COMITÉ DE PROGRAMA

Coordinador
Jose Luís Monteagudo Peña

Miembros
María Rovira Barberà
Javier Carnicero Giménez de Azcarate
Carlos García Codina
Isabel Aponte Rivarola

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) es una sociedad científica sin ánimo de lucro, que integra a los profesionales que consideran las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones un medio para mejorar la salud de los ciudadanos. Su misión es la de promover la investigación, el desarrollo, la implantación y buen uso de las TIC en el ámbito de la salud.

La SEIS constituye un foro de participación común tanto para profesionales de informática, medicina, enfermería, farmacia, veterinaria, psicología y el resto de Ciencias de la Salud, así como para estudiantes de las carreras afines interesados en encaminar su futuro profesional en este campo.

De acuerdo con estos principios, INFORSALUD 2013 ofrece, como en ediciones anteriores, un foro de reconocido prestigio nacional e internacional incluyendo en su programa un conjunto de ponentes invitados de alta calidad y nivel de representación institucional de todo el Sistema Nacional de Salud. Tal como se recoge en el título del Congreso, en esta edición se ha querido situar el foco de atención sobre "LAS TIC EN TIEMPOS DE CRISIS" considerando las necesidades y el potencial de las tecnologías de la información y las comunicaciones para abordar uno de los retos principales de la sociedad actual y de cara al futuro.

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud plantea este lema con la intención de que en el Congreso tengan cabida tanto las estrategias planteadas por las organizaciones como las valoraciones de los efectos que estas tienen sobre los sistemas de salud. Las sesiones se han diseñado siguiendo los temas planteados en las líneas estratégicas en Tecnologías de la Información y Comunicaciones para la Salud en España que impulsa la SEIS, con el formato mayoritario de debates con la participación de representantes del máximo nivel de las organizaciones sanitarias, las organizaciones profesionales y la industria.

Tras el éxito de la pasada edición y de acuerdo al nuevo plan de acción para el cuatrienio 2012 – 2015 de la Sociedad Española de Informática de la Salud, hemos planificado volver a realizar el Congreso Nacional de Informática Médica, el Congreso Nacional de Informática y Farmacia y el Congreso Nacional de Informática en Enfermería (todos ellos antes bianuales), conjuntamente con el Congreso Nacional de Informática de la Salud, que como es conocido siempre ha sido anual.

Esta ordenación viene motivada por la intención de aunar esfuerzos e intereses de los diversos profesionales sanitarios. Creemos que los sistemas de información son permeables y transversales a los diferentes colectivos profesionales y no podemos perder la ocasión de celebrar un gran encuentro

anual donde se integren los diversos profesionales, pero manteniendo su identidad e intereses concretos de cada uno de los colectivos.
Por otra parte y como ya es habitual INFORSALUD 2013, además de servir de marco de discusión al más alto nivel institucional, ofrece a todos los profesionales la posibilidad de presentación de sus trabajos y de discusión con otros expertos sobre los temas de su interés tal como se describen en las Áreas Temáticas que se proponen.
Todos los ámbitos de Informática de la Salud tienen cabida para ser presentadas en forma de comunicaciones que el Comité Científico examina antes de ser definitivamente programadas en el Congreso Nacional de acuerdo con el calendario y las normas que se citan en las Instrucciones para los autores.
Además, la zona de Exhibición ofrecerá en sus estands la posibilidad de conocer los últimos desarrollos tecnológicos y de aplicaciones por parte de las empresas más activas y destacadas en el sector, así como para las instituciones del SNS.
INFORSALUD 2013 espera la participación de un amplio espectro de profesionales de la salud entre los que contamos con Directivos del SNS, Gerentes de Centros Sanitarios, Directores de Informática, Especialistas en Informática y Telecomunicaciones, Médicos, Farmacéuticos, Biólogos, Enfermeros, Bioinformáticos, Investigadores y Estudiantes Universitarios, y por supuesto, con los socios de la SEIS. Entre todos analizaremos los retos que se abren ante los nuevos avances en el sector a través de las sesiones de ponencias, las presentaciones, los pósters, los debates y los intercambios informales no por ello menos interesantes. Todo ello hace de INFORSALUD 2013 una oportunidad renovada para vivir de cerca la evolución del sector y contribuir entre todos a la construcción de herramientas y soportes para una Sanidad de más calidad, más accesible y más eficiente, evitando a la vez costes innecesarios. Como muestra del interés existente, en la pasada edición, más de 1.000 profesionales de todas las especialidades sanitarias, gestores, directivos y técnicos, tanto del sector público como del privado estuvieron presentes en este Congreso.
Os esperamos a todos en INFORSALUD 2013 y como ya es tradición en todos nuestros encuentros, ofrecemos la posibilidad de asistir, mediante la concesión de becas, tanto a estudiantes universitarios de las disciplinas relacionadas, como a becarios de investigación de proyectos afines y a socios de la SEIS.

OBJETIVO

INFORSALUD 2013 ofrece un marco profesional único para el intercambio de conocimientos sobre los últimos avances tecnológicos y los desarrollos técnicos relacionados con la Informática para la Salud. En esta edición se propone dar a conocer de forma especial las actuaciones emprendidas y analizar, de cara al futuro, las perspectivas y planes relacionados con la aplicación de "LAS TIC EN TIEMPOS DE CRISIS", teniendo en cuenta las diferentes visiones de las instituciones, de los profesionales y de los desarrolladores de tecnología.
Siguiendo la línea abierta en congresos anteriores, se pretende que INFORSALUD 2013 se proyecte internacionalmente para lo que en esta edición el Programa Científico ofrece una reunión internacional con representantes de la Unión Europea e Iberoamérica, además de concentrar en este escenario al XV Congreso Nacional de Informática Medica (INFORMED 2013), el IX Congreso Nacional de Informática y Enfermería (INFORENF 2013) y el X Congreso Nacional de Informática y Farmacia (INFORFARMA 2013), con un área de exposiciones común, Destacar también que, al haber resultado un éxito en pasadas ediciones, continuaremos con la incorporación al programa de Sesiones de Debate, que tendrán por objeto la participación y el contraste de opiniones, contando de forma concurrente con la opinión de instituciones, profesionales y sector tecnológico. Pretendemos que se presenten planes estratégicos de calado y proyectos ya ejecutados con evaluación de sus resultados.
Por último y como prueba de nuestro compromiso con la Calidad, también este año, se realizará una evaluación de las sesiones y se tratará de introducir mejoras organizativas, que dentro de la necesaria contención del gasto que la situación en que vivimos requiere, permitan tratar de conseguir la satisfacción de todos los congresistas.

PERFIL DE PARTICIPANTES

Se espera la participación de un amplio espectro de profesionales de la Salud, entre los que se pueden citar:

- Gerentes de centros sanitarios
- Directores de informática
- Especialistas en informática y telecomunicaciones
- Médicos
- Farmacéuticos
- Biólogos
- Personal de enfermeria

- Bioinformáticos
- Investigadores

SELECCIÓN DE TRABAJOS

El Comité Científico comunicará al primer autor por correo electrónico el **31 de enero de 2013** su decisión:
En el caso de pósters, si son aceptadas o no.
En el caso de comunicaciones, si se aceptan para presentación oral, como póster o sino se aceptan.
Por tanto algunos trabajos enviados para su evaluación como comunicación pueden ser invitados por el Comité Científico para que sean presentados como pósters. Todos los trabajos finalmente aceptados (comunicaciones y pósters) se incluirán en el libro del Congreso.

Las normas para los pósters son:
a) Ancho 0.90m y Alto 1.20m. Medidas máximas no intercambiables (organización siempre vertical, no permitiéndose en apaisado)
b) Libertad absoluta para componer el póster, siendo recomendable que tanto título como autores figuren en el centro de la zona superior del papel.

Toda la información sobre los Pósters y las Comunicaciones deberá recibirse en la Secretaría Técnica del Congreso:
CEFIC, S.L., c/Enrique Larreta 5, bajo Izq
28036 MADRID
Tel: 91 388 94 78 - Fax:91 388 94 79
comunica@cefic.es

MODOS DE PRESENTACIÓN

Póster
Cada póster tendrá un espacio asignado para presentar su trabajo. Existirá un horario para que cada póster se exponga oralmente.

Comunicaciones
10 minutos para cada presentación.

Premios
El Comité Científico de INFORSALUD 2013 concederá un premio a cada una de las dos mejores comunicaciones orales y un premio a la mejor comunicación en formato póster.
La aceptación definitiva de una comunicación, tanto para publicarlo en la web como para su presentación oral o en pósters, solo se hará efectiva previa recepción del comprobante de la transferencia bancaria.

NOTA IMPORTANTE

El Orador de comunicaciones tiene que indicar a qué Congreso presenta la comunicacion para su evaluación por el correspondiente Comité Científico y en qué área temática desea que sea evaluada su Comunicación y/o Póster

ÁREAS TEMÁTICAS INFORSALUD

1. Innovación para la Sostenibilidad
2. Innovación Social en Salud
3. Accesibilidad a la Información de Pacientes y Profesionales
4. Nuevo Modelo de Negocio/Prestación de Servicio
5. Innovación e Investigación Traslacional
6. Interoperabilidad
7. Innovación en Procesos Asistenciales
8. Las TIC en la mejora de la eficiencia y la calidad
9. Papel de las TIC en la planificación y control de la gestión
10. Análisis de datos y generación del conocimiento
11. Movilidad

ÁREAS TEMÁTICAS

INFORMED
1. Normalización, integración e interoperabilidad semántica.
2. Innovación tecnológica orientada a la reducción del riesgo y aumento de la seguridad del paciente.
3. Las TIC en la gestión continua de la salud.

INFORFARMA
1. Interoperabilidad de los sistemas de información de medicamentos
2. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud
3. Uso correcto e incorrecto de las Tecnologías de la Información en el ámbito del medicamento

INFORENF
1. Teleenfermería
2. Las nuevas tecnologías en torno a la seguridad del paciente
3. Modelo de atención a crónicos
4. Educación para la salud

5. Tablets e Ipad en el trabajo enfermero
6. Tecnología móvil para enfermeras en zonas aisladas
7. Las TIC en los estudios de enfermería
8. Sistemas de evaluación de cuidados a través de las TIC

INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN PARA LOS AUTORES

- El de con una de las áreas temáticas del Congreso debe ajustarse al formato que se detalla a continuación:
- Tanto las comunicaciones como los pósters deberán tener una extensión máxima de 6 páginas (Objetivo. Metodología. Resultados y Discusión) y deberán enviarse a comunica@cefic.es con fecha máxima al 21 de enero de 2013.
- Habrán de estar en formato word, empleando la plantilla que se encuentra disponible en la web del Congreso. No se evaluarán trabajos que se reciban en otros formatos (presentaciones en power point o similar).
- Será imprescindible incluir también dirección, teléfono, fax y correo electrónico de contacto de, al menos, el primer autor. Especificar si desea presentarlo como póster o como comunicación oral.

INSCRIPCIONES

Infors@lud 2013

Secretaría Técnica CEFIC, S.L. c/ Enrique Larreta 5, Bajo Izq, 28036 - MADRID
Teléfono: 91.388.94.78 Fax: 91.388.94.79 c.e.: secretaria.tecnica@cefic.es

INSCRIPCIÓN Y PAGO ANTES DEL 15 DE FEBRERO DE 2013

	INFORSALUD	INFORMED INFORENF INFORFARMA
Socios SEIS Y Sector Público	450 €	250 €
Entidad Colaboradora	450 €	250 €
Congresistas NO SOCIOS	650 €	450 €
Comunicaciones ó Póster	450 €	250 €

INSCRIPCIÓN Y PAGO DESPUÉS DEL 15 DE FEBRERO DE 2013

	INFORSALUD	INFORMED INFORENF INFORFARMA
Socios SEIS Y Sector Público	480 €	280 €
Entidad Colaboradora	650 €	380 €
Congresistas NO SOCIOS	850 €	600 €

INSCRIPCIÓN Y PAGO DURANTE EL CONGRESO		
	INFORSALUD	**INFORMED INFORENF INFORFARMA**
Socios SEIS Y Sector Público	500 €	300 €
Entidad Colaboradora	750 €	400 €
Congresistas NO SOCIOS	900 €	650 €

Nota: Socios SEIS, estudiantes o becarios de investigación podrán solicitar becas que se adjudicarán en función a los méritos profesionales y académicos

FORMAS DE PAGO
Transferencia bancaria (20381105526001042477) o enviar talón nominativo a favor de: CEFIC (Inforsalud 2013) enviar comprobante de la transferencia por e-mail: registro@cefic.es



Agenda'13

XVIII ENTREGA PREMIOS NACIONALES DE INFORMÁTICA Y SALUD 2012
24 DE ENERO
Salón de Actos de la Facultad Autónoma de Medicina.
MADRID

XVI CONGRESO NACIONAL DE INFORMÁTICA DE LA SALUD "LAS TIC EN TIEMPO DE CRISIS"
12,13 Y 14 DE MARZO
Palacio de Congresos de Madrid. Paseo de la Castellana.
MADRID



FORO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Coordinador: **Emilio Aced**

Desaparece la Agencia de Protección de Datos de Madrid

Lo anunció el nuevo Presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, en su discurso ante la Asamblea de Madrid

Con esta decisión que se concretará en las próximas semanas a través de una ley que deberá aprobar la Asamblea de Madrid, se pone fin a la actividad de la decana de las Agencias Autonómicas y solo permanecen las de Cataluña y el País Vasco.
Durante sus doce años de existencia, la APDCM ha llevado a cabo una intensa labor –unánimemente reconocida desde todos los sectores- en todos los ámbitos propios de una autoridad de control de protección de datos y, muy especialmente, en los de la asesoría de los responsables de ficheros, la formación y la divulgación.

Las Autoridades Europeas de Protección de Datos acaban la investigación que abrieron sobre la nueva política de privacidad de Google

Como resultado de la misma, liderada por la Autoridad francesa de protección de datos (CNIL), reclaman a Google que mejore la información que ofrece a sus usuarios dotándola de mayor claridad y que permitan a éstos un mayor control sobre cómo se utilizan y comparten sus datos en los diversos servicios de Google. Además, requieren a la empresa modificaciones en sus herramientas para impedir una recogida excesiva de datos. En relación con la combinación de datos entre servicios, las autoridades emplazan a Google a que refuerce el consentimiento para las combinaciones que se basan en la autorización de los usuarios y a que ofrezca mejores posibilidades para que los usuarios puedan oponerse al tratamiento de sus datos en los casos en que las operaciones de tratamiento no precisan consentimiento.

Las Autoridades Europeas han remitido estas recomendaciones a Google para darle la oportunidad de mejorar su nueva política de privacidad y esperan que Google tome medidas eficaces para cumplir rápidamente con estas recomendaciones. En el contexto de la investigación, se enviaron dos cuestionarios sucesivos a Google. La empresa contestó a estos cuestionarios, pero varias de las respuestas resultaron incompletas o poco precisas. En concreto, Google no contestó suficientemente a cuestiones clave como la descripción de sus operaciones de tratamiento de datos personales o la lista detallada de las más de 60 políticas de privacidad específicas que se han sustituido por esta nueva política general y ello ha motivado la respuesta y las solicitudes de las autoridades europeas de protección de datos.

Aprobado por la AEPD un nuevo modelo para la transferencia internacional de datos en el marco de una subcontratación de servicios

El director de la Agencia Española de Protección de Datos ha dictado una resolución por la que, por primera vez, se autoriza una transferencia internacional de datos de carácter personal entre un prestador de servicios (que actúa como exportador), establecido en España, y un subcontratista (que actúa como importador), situado en un país que no garantiza un nivel adecuado de protección de datos personales, en el marco de una subcontratación de servicios.
La gran novedad de esta decisión es que permite que exista una única autorización de la Agencia Española de Protección de Datos para realizar todas aquellas transferencias de datos, derivadas de los contratos de prestación de servicios con los responsables de los tratamientos que tenga un encargado de tratamiento, siempre que se ajusten al marco de la autorización y se notifique con carácter previo al Registro General de Protección de Datos los ficheros cuyos datos vayan a ser objeto de transferencia, evitándose así que cada responsable tenga que solicitar una autorización como venía haciéndose hasta la fecha.
Más información: www.agpd.es.

FORO DE TELEMEDICINA

Coordinador: **O. Moreno**



IX Informe SEIS - Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud

Se ha publicado recientemente el IX Informe SEIS sobre el Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud y elaborado, conjuntamente, por la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Esta actividad se engloba dentro del marco del Programa @LIS2, "Alianza para la Sociedad de la Información 2 – Diálogo político inclusivo e intercambio de experiencias".

La incorporación de la información y las comunicaciones (TIC) en los sistemas de salud (eHealth) facilita la concurrencia de los objetivos de impacto social y económico. Las herramientas de tecnología de la información pueden mejorar la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención sanitaria, especialmente en América Latina, donde la prioridad es mejorar el acceso de los pacientes. Esto también permite el control de los costes, la optimización de procesos, así como la reasignación de recursos.

Este manual describe casi todos los campos en los que las TIC pueden ser aplicadas, aclarando conceptos, señalando los beneficios y explicando los requisitos. Se pretende facilitar los procesos de toma de decisiones relativas a la incorporación de las TIC en las políticas públicas y en las estrategias en el ámbito de la salud y de la sanidad.

Dentro de los 19 capítulos del mismo se abordan temas como los Sistemas de Información Hospitalarios, la Historia Clínica Electrónica, la telemedicina, los Sistemas de Información Clínicos de Laboratorio, la imagen médica, la teleradiología, la interoperabilidad, la gestión de la farmacia electrónica en recintos sanitarios o un aproximación a los sistemas de información de salud pública entre otros temas, así como algún escenario en concreto.

El informe es el resultado de casi un año de trabajo de un equipo interdisciplinario de 38 especialistas.

Más información:http://www.seis.es
Sociedad Española de Informática de la Salud

Plataforma abierta para el procesamiento de imágenes biomédicas

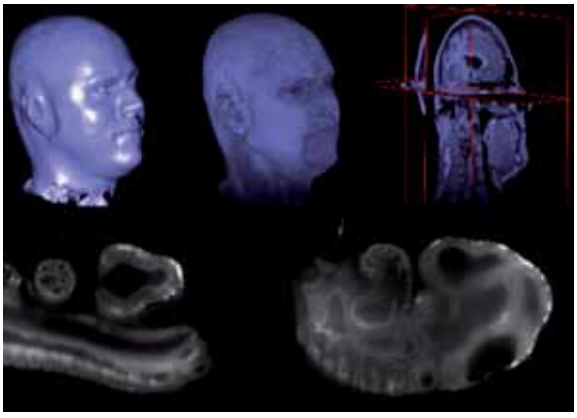
Según publica SINC, un grupo de investigadores, entre ellos Ignacio Arganda, investigador postdoctoral en el Laboratorio de Neurociencia Computacional del Massachusetts Institute of Technology (MIT), han puesto en marcha Fiji, una plataforma de código libre que permite compartir aplicaciones para mejorar el tratamiento de imágenes biomédicas, así como para mejorar y avanzar en el procesamiento y análisis de dichas imágenes.

La plataforma se ha construido sobre los cimientos de una anterior, llamada ImageJ, muy conocida en el sector en su momento y que no era de código abierto sino de dominio público. Según Arganda, tenía la ventaja de que cualquier persona que trabajara en imagen médica podía hacer muy fácilmente trocitos de programa para solucionar sus propios problemas y ponerlos en la plataforma con un sistema que se llama plug-in (una aplicación que se relaciona con otra para aportarle una función nueva y específica).

Sin embargo, añade, esta plataforma se volvió demasiado caótica con aplicaciones de todo tipo y no solo de imagen biomédica. También se empezó a usar para tratar imágenes de astronomía, en tracking de video, etc. "Había un descontrol muy grande y falta de estructura", señala.

Por eso, este grupo de investigadores, "sin el apoyo de nadie y de forma espontánea", decidió crear una nueva plataforma de código abierto que pusiera orden en lo que ya existía y reutilizara lo que fuera interesante y útil para sus trabajos.

"Hicimos una web ordenada tipo wikipedia, en la que la gente pudiera contribuir y utilizar sus cono-



cimientos para ayudar a los demás. Para nuestra sorpresa, se ha hecho muy popular", asegura. Según Ignacio Arganda, Fiji tiene en estos momentos 127.000 visitas únicas (20.000 nuevas cada mes).

"Los usuarios otorgan una gran calidad a esta plataforma con sus aportaciones y eso supone un gran impulso para que cada vez más gente comparta su código de manera libre. Por ello, Fiji se ha convertido en un estándar de facto en el sector de la imagen biomédica", subraya Arganda.

"Este era nuestro objetivo porque la mayoría de los que participamos en este proyecto habíamos trabajado durante años en el ámbito de la imagen médica y nos encontrábamos demasiado a menudo con artículos en los que se hacía referencia a un método fantástico para tratar imágenes, pero al final no se podía comprobar si era o no cierto porque la técnica iba asociada a un programa que no se proporcionaba y unas imágenes que tampoco eran accesibles".

En estos momentos hay unos 20 desarrolladores distribuidos por todo el mundo trabajando para mejorar la plataforma y lo hacen gratis. "Todos son científicos que tienen su propio proyecto pero que lo desarrollan en esta plataforma porque les resulta más cómodo y lo consideran más interesante", dice Arganda.

A este investigador le contactaron los promotores de Fiji por su proyecto de tesis doctoral. "Trabajaba en un proyecto de estudio de desarrollo de glándula mamaria y de cáncer de mama con ratones y tenía unos cortes de tejido. Empecé a desarrollar un programa de alineamiento elástico de imágenes para permitir la reconstrucción en 3D. Les interesó y me llamaron para que colaborara en la plataforma". Este es un ejemplo de las cosas que hay dentro de Fiji, dice. Ahora Arganda trabaja en sistemas de aprendizaje automático parar reconocer los bordes de las neuronas en imágenes de microscopía electrónica en el Laboratorio de Neurociencia Computacional del MIT. Las aplicaciones que ha desarrollado las ha volcado también en la plataforma.

Más información: SINC - http://www.agenciasinc.es/
FIJI - http://fiji.sc/Fiji



FORO DE INTEROPERABILIDAD

Coordinador: **Adolfo Muñoz Carrero**

EIP-AHA: Cooperación de Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable

Dentro de su estrategia de innovación, la Unión Europea busca mejorar la competitividad y afrontar los retos de la sociedad por medio de la investigación y la innovación.

Una herramienta para lograrlo es a través de los Innovation Partnerships. Habiendo detectado que en todos los países europeos el envejecimiento activo y saludable es uno de los principales retos que se afrontan, se decidió incluir este problema en el primero de los pilotos de esta iniciativa, surgiendo así el Plan estratégico de Cooperación de Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (European Partnership Initiative on Active and Healthy Ageing - EIP-AHA) .

La meta principal de EIP-AHA es que en 2020 los ciudadanos europeos hayan aumentado su esperanza de vida saludable en dos años, consiguiendo además durante el desarrollo de esta iniciativa tres objetivos:

1. que los ciudadanos europeos puedan llevar una vida saludable, activa e independiente durante su envejecimiento.
2. mejorar la sostenibilidad y eficacia de los sistemas públicos de salud y de atención social
3. mejorar y acelerar la competitividad de los mercados para productos y servicios innovadores, respondiendo al reto del envejecimiento a un nivel tanto europeo como global, creando así nuevas oportunidades de negocio.

El mecanismo para conseguir estos resultados se basa en conectar a todos los actores involucrados en el escenario: usuarios finales, autoridades públicas, industria, investigadores y los agentes encargados de la normalización y la regulación. El piloto les proporcionará un foro en el que podrán cooperar alrededor de una visión común, intercambiando

Pilar	Eje prioritario de actuación	Acción específica
A: Prevención, detección y diagnóstico temprano	Conocimientos de salud, responsabilización de los pacientes, programas de ética y de cumplimiento de tratamientos terapéuticos utilizando herramientas y servicios innovadores	**A1**: Determinar soluciones innovadoras para garantizar un mayor grado de cumplimiento de tratamientos terapéuticos a nivel regional
	Gestión personalizada de la salud	**A2**: Encontrar soluciones innovadoras para gestionar mejor la propia salud y prevenir las caídas de las personas mayores
	Prevención y diagnóstico temprano del deterioro funcional de las personas mayores, tanto físico como cognitivo	**A3**: Ayudar a prevenir la fragilidad y el deterioro funcional
B: Asistencia sanitaria y restablecimiento	Ampliación y reproducción de sistemas de asistencia integrada basados en herramientas y servicios innovadores que hayan tenido éxito	**B3**: Promover los modelos de asistencia integrada para enfermedades crónicas, como la utilización del seguimiento a distancia a nivel regional
C: Envejecimiento activo y autonomía	Ampliación de la vida activa y autónoma a través de diversas soluciones TIC abiertas y personalizadas	**C2**: Desarrollar soluciones interoperables basadas en las TIC para ayudar a que las personas mayores mantengan su autonomía, actividad y movilidad durante más tiempo

experiencias y conocimiento para generar una serie de entregables, como guías de procedimiento, marcos de desarrollo, herramientas, etc.

Este plan, sin embargo, no es un nuevo programa ni instrumento de financiación, no tiene fondos asignados, y se basa en la colaboración entre los agentes que se unan a la iniciativa. Tras un proceso de investigación se detectaron 3 pilares sobre los que poder actuar y se plantearon una serie de actividades específicas en cada uno de ellos, de las cuales se han terminado eligiendo 6 para su puesta en marcha inmediata. En la siguiente tabla se resumen dichas actividades:

La interoperabilidad también forma parte del programa final de la iniciativa, que fue presentado el pasado 6 de noviembre en un acto oficial en la sede de la Comisión en Bruselas. En el plan estratégico se reconoce la importancia de generar desarrollos interoperables, basados en normas globales, para crear un mercado de productos y servicios coste-efectivos. Así, la actividad C2 se basa en el desarrollo de soluciones interoperables para que las personas mayores mantengan su autonomía y actividad, o, por ejemplo, dentro del plan de la acción B3 se incluye un área de actividad en la que se pretende generar un toolkit para la historia clínica electrónica que trate, entre otros aspectos, la interoperabilidad de los sistemas.

Esta iniciativa ha recibido una gran acogida, como demuestra la elevada participación en el acto de presentación, que contó con un gran apoyo institucional, y especialmente bien en España, de donde parte el 30% de los participantes actuales. Teniendo esto en cuenta, la participación en la misma puede suponer estar en la punta de lanza de la evolución y el desarrollo en este campo. En cualquier caso, será obligado estar al tanto de la marcha y los resultados que se publiquen.

1. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

2. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf



MEDICINA

Noticias de Informática Médica

Marcial García Rojo
Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario de Ciudad Real.
Vocal Delegado de Castilla La Mancha de la SEIS.
Jose Sacristán París
Coordinación y Sistemas Información. Área de Tecnologías de la Información. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

TECNOLOGÍA MÓVIL

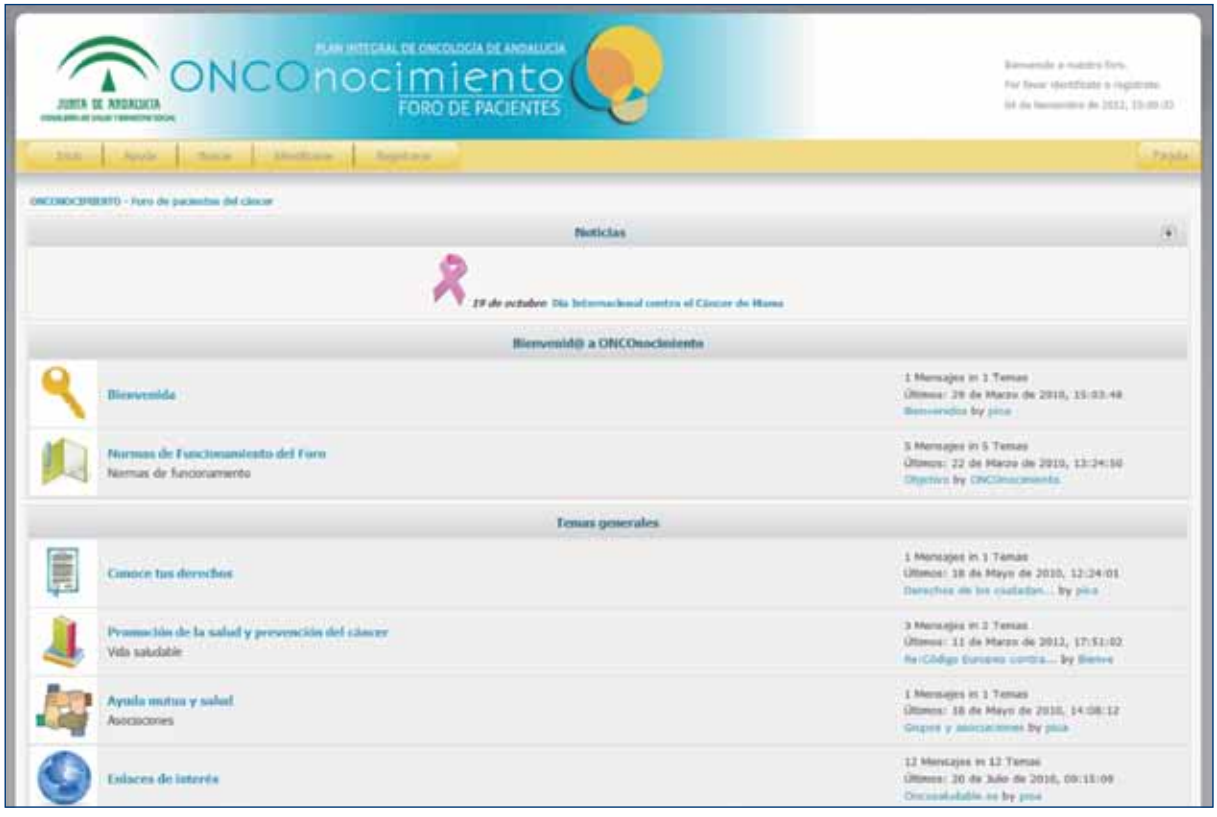
Andalucía presenta aplicaciones móviles y web para el tratamiento y diagnóstico del cáncer

La primera aplicación ha sido desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, junto a la empresa Salumedia. Se tratan de una aplicación móvil que ofrece acceso a los materiales del aula de cáncer de mama de la Escuela de Pacientes e incluirá la guía de cáncer de mama, los vídeos de la Escuela de Pacientes, un vídeo tutorial de maquillaje para mujeres en proceso de quimioterapia, acceso al blog de cáncer de mama de la Escuela de Pacientes y la posibilidad de compartir todos estos contenidos a través de las redes sociales.

Por otra parte, profesionales de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y de la Unidad de Mama del Hospital de Riotinto de Huelva han creado una aplicación en la que las mujeres pueden conocer la manera correcta de realizar una autoexploración mamaria. Este programa explica cuál es la mejor manera de llevarla a cabo, el mejor momento para realizarla y qué se debe buscar en cada paso a través de unas ilustraciones. Además, graba los resultados y establece un recordatorio en el dispositivo para que se realice la próxima.

Por último, los ciudadanos tienen a su disposición desde el año 2010 un foro en Internet a través del que pueden formular a especialistas en oncología sus dudas sobre la enfermedad. En concreto, está enmarcado en la página web www.onconocimiento.net, un portal que inició su andadura hace ya seis años y que ha recibido en este tiempo un total de 1.369.314 visitas.

Fuente: Acta Sanitaria. 22/10/2012. http://www.actasanitaria.com/areas-sanitarias/tecnologia/articulo-andalucia-presenta-dos-aplicaciones-moviles-para-el-tratamiento-y-diagnostico-del-cancer-de-mama.html





7 de cada 10 médicos resuelven sus dudas clínicas desde el móvil

El 69% de los médicos resuelve sus dudas clínicas desde el teléfono móvil y crecientemente desde las tabletas. Además, su uso puede suponer un ahorro de tiempo de entre 90 y 120 minutos por semana. Así se desprende de los resultados del estudio Aplicaciones Médicas para smartphones de ayuda al diagnóstico y prescripción en consulta, realizado por la Unidad de Innovación del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS) y presentado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

El desarrollo de las apps en Medicina está suponiendo una auténtica revolución; tanto es así que más del 90% de los médicos cree que incrementará su uso de aplicaciones médicas móviles en el futuro. El estudio piloto que hemos realizado ha consistido en la utilización de la aplicación iDoctus por médicos del hospital, obteniendo resultados muy positivos, pues el 66% de los médicos han declarado estar muy satisfechos con el uso de la aplicación en consulta y delante del paciente (el 34% restante se ha mostrado satisfecho). Sin duda, las aplicaciones médicas están aumentando la fiabilidad y la seguridad en la prescripción de los medicamentos.

Fuentes: NoticiasMedicas.es. 24/10/2012. http://www.noticias-medicas.es/medicina/noticias/17186/1/7-de-cada-10-medicos-resuelven-sus-dudas-clinicas-desde-el-movil/Page1.html

MEDICINA DE URGENCIAS

El Hospital Universitari Son Espases dispone de una tecnología pionera en transmisión on line de electrocardiogramas

El sistema permite la transmisión de los electrocardiogramas desde las ambulancias del 061 a los teléfonos móviles. De esta manera, es posible realizar las actuaciones necesarias para atender al paciente dentro de los 90 primeros minutos desde que empiezan los síntomas del infarto.

Son Espases es el único hospital de España que dispone de esta tecnología. Se trata de un dispositivo que facilita la labor coordinada y la prevención de los equipos que después asisten al paciente a su llegada al hospital.

La transmisión inmediata del diagnóstico del electrocardiograma realizado en la UVI móvil al teléfono del especialista tiene bastantes ventajas: permite la rápida puesta en marcha del sistema de respuesta del hospital, de forma que el paciente grave sea trasladado directamente de la ambulancia medicalizada a la mesa de hemodinámica, en la que los especialistas le pueden intervenir de forma inmediata.

Fuente: UH Noticias. 30/09/2012 http://ultimahora.es/mallorca/noticia/noticias/local/son-espases-tecnologia-pionera-transmision-electrocardiogramas-line.html

REHABILITACIÓN

Hospitales Nisa y la UPV crean tecnología basada en la realidad virtual para la rehabilitación del brazo tras sufrir un ICTUS

El Servicio de Daño Cerebral del Hospital NISA Valencia al Mar y Sevilla Aljarafe en colaboración con el Laboratorio de Tecnologías Centradas en el Humano (LabHuman) de la Universitat Politècnica de València han diseñado y creado un sistema apoyado en realidad virtual específicamente destinado a la rehabilitación del brazo en sujetos hemiparéticos. Abrazar, vestirse, cocinar…. La mayor parte de las cosas que hacemos cada día implican controlar el movimiento de ambos brazos. En el momento agudo tras un ictus muchas veces el sujeto no puede mover, sentir y/o percibir correctamente el miembro superior del lado del cuerpo paralizado. En una



fase inicial, el brazo queda inicialmente flácido, inmóvil y muchas veces resulta doloroso. Una rehabilitación específica y un buen manejo en estos casos permite paliar o prevenir síndromes dolorosos, hipertonía, contracturas y otras complicaciones (http://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/como-cuidar-un-brazo-paretico). Esto es fundamental para lograr, mediante la rehabilitación, incentivar y dirigir la aparición de movimientos voluntarios. Una vez los pacientes hemiparéticos logran mover el brazo, generalmente no lo consiguen de forma completa ni con la destreza o armonía necesaria, y es muy frecuente que no lleguen a incorporar ese miembro a las actividades de cada día. Una adecuada Rehabilitación es fundamental para optimizar las posibilidades de recuperación y funcionalidad de ese brazo.

Fuentes: NoticiasMedicas.es. 29/10/2012. http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/17278/1/Hospitales-Nisa-y-la-UPV-crean-tecnologia-basada-en-la-realidad-virtual-para-la-rehabilitacion-del-brazo-tras-sufrir-un-ICTUS/Page1.html

Proyecto Contrast para la rehabilitación neurológica de Gerente de Osakidetza pacientes de forma asistida desde casa

CONTRAST es un proyecto de colaboración financiado por la Comisión Europea dentro del Séptimo Programa Marco (FP7), que pretende dar respuesta al vacío actual que sufren los pacientes entre la rehabilitación clínica y la rehabilitación continua después de abandonar el centro médico tras haber sufrido un ictus o pacientes con una discapacidad cognitiva. Gracias a este proyecto, se está llevando a cabo el desarrollo de una solución completa para que los pacientes puedan realizar, desde su domicilio, una rehabilitación remota asistida por profesionales clínicos.

CONTRAST cuenta con un consorcio altamente cualificado para lograr sus objetivos. En él participan las universidades de Julius Maximilians Universität Würzburg, Universität Graz y Université du Luxembourg, el hospital Fondazione Santa Lucia IRCCS y tres socios industriales, entre los que se encuentra T-Systems junto con Mind Media BV y Hasomed GmbH.

T-Systems participa en el proyecto, a través de su Centro de Realidad Virtual, en la investigación y desarrollo de módulos de entrenamiento cognitivo que emplearán técnicas y tecnologías de Realidad Virtual con el objetivo principal de mantener la motivación y la adhesión de los pacientes en el entrenamiento así como mejorar la usabilidad de éste.

Fuente: T-Systems. 31 de mayo de 2012. http://www.t-systems.es/tsip/es/850430/home/prensaanalistas/centrodeprensa/notasdeprensa/2012-05-31proyecto-contrast

REDES SOCIALES

Neomed, red social profesional exclusiva para médicos

Neomed.es se lanzó hace un año para ofrecer a la comunidad de galenos internautas un espacio colaborativo gratuito donde desarrollar toda la inteligencia colectiva de su especialidad. En Neomed.es pueden compartir su conocimiento y ampliarlo gracias al saber generado por la creación de contenido, por las respuestas que reciben sus propias dudas y por las conversaciones abiertas sobre sus temas de interés. Todo ello en un espacio sólo disponible para médicos colegiados en España, que hacen uso de la tecnología en comunicación para ampliar su red de contactos y mejorar su formación compartiendo contenido de alto interés para los miembros.Neomed.es como red profesional se inició con un proyecto empresarial hace dos años recibiendo un Premio del Club empresarial Icade y un Premio Bancaja de jóvenes emprendedores. Entonces nació en Facebook como un grupo de acceso restringido para médicos españoles pero hace un año esa idea evolucionó y se ha profesionalizado.

Neomed.es ofrece un registro rápido para acceder a todos sus servicios en menos de 24 hrs, tiempo necesario para verificar los datos del usuario y dejar operativo el acceso.

Dos mil médicos en nuestro país ya disfrutan de este acceso, médicos de todas las especialidades que buscan contenido 100% profesional. La especialidad con mayor presencia actualmente es Medicina Familiar y Comunitaria con el 47% de usuarios

Fuente: Noticiasmedicas.es. 26/10/2012. http://www.noticias-medicas.es/medicina/noticias/17229/1/Neomed-se-consolida-como-red-social-profesional-liderando-el-espacio-de-salud-20-exclusivo-para-medicos/Page1.html



FARMACIA

Agustín Rivero Cuadrado
Director General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia

Futuro de la venta de medicamentos por Internet

El auge en estos últimos años de las ventas de productos a través de Internet, ha favorecido la eclosión de fenómenos hasta hace poco tiempo inapreciables o potencialmente nada peligrosos, como es la venta de medicamentos falsos (MF). El inicio de este fraude tuvo lugar en el Sudeste Asiático a mediados de la década de los setenta y aunque su importancia afecta directamente a la salud pública, es cierto que en el canal oficial español, hasta hoy se ha producido en contadas ocasiones.

El crecimiento de las transacciones comerciales con MF viene produciéndose en estos últimos años de forma exponencial. En 2008 la OMS estimó que suponían el 10% del mercado global farmacéutico, aproximadamente 75.000 mm $ año. La Sociedad de Farmacéuticos de Gran Bretaña considera que entre el 50% y el 90% de los medicamentos comercializados a través de Internet corresponden a MF y de ellos aproximadamente el 45% corresponde a fraude en su composición farmacológica. Finalmente en las últimas semanas la FDA detectó 997 páginas WEB ilegales de venta de medicamentos, si bien la mayor incidencia se produjo en productos alimenticios (57%). Todas estas cifras nos muestran una tendencia al alza en todos los países (menor en los desarrollados), por lo que se trata de un problema mundial.

Las causas son fáciles de detectar:

- Los MF suelen estar relacionados con el estilo de vida (antiobesidad, tabaco, etc.) y por tanto nada complicado de introducir en las costumbres, aunque últimamente el panorama es más peligroso con MF en oncología, antiagregantes, etc.
- Es una actividad altamente lucrativa, que no contabiliza los costes reales de comercialización de un medicamento.
- La globalización favorece este tipo de actividades fraudulentas al no estar localizado geográficamente el ciclo de vida de un fármaco.
- INTERNET facilita la distribución y las ventas de cualquier producto, incluso para empresas de escasa estructura económica. (farmacia virtual; buscadores, blogs, banners, etc.).

Hasta la aparición de la Directiva Europea de 2011, en España las referencias en este apartado venían recogidas en Ley 29/2006 texto refundido, que en su título VIII (régimen sancionador) incorporaba algunas sanciones como vender medicamentos sujetos a prescripción médica a través de Internet o su falsificación. Además en su título I Artículo 2. Garantías de abastecimiento y dispensación, especificaba en el apartado 5: Se prohíbe la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica.

Algunas iniciativas internacionales en relación con el control del tráfico de MF han sido las implementadas por el Consejo de Europa a través del MEDICRIME, el Working Group of Enforcement Officers, la OMS a través del SSFC y en Iberoamérica por EAMI (encuentros de autoridades competentes en medicamentos de Iberoamérica).

Por todo ello, la Unión Europea (U.E.) tomo conciencia del problema y decidió elaborar una nueva directiva que contemplase el fenómeno de los MF y específicamente la venta de medicamentos a través de Internet.

La Directiva 62/2011 modifica la directiva 2001/83/CE, estuvo en discusión en el Consejo UE (CE) entre enero 2009 y noviembre 2010 y fue aprobada por el parlamento europeo en 2011. En la misma se define por primera vez un Medicamento Falso, que es aquel del que se desconoce la identidad, el origen y el historial y contempla la implantación de una serie de medidas, de entre las cuales destacan las dedicadas a favorecer la identificación individual de cada envase, incluyendo la obligatoriedad de poner dispositivos de seguridad (DS) en determinados medicamentos, susceptibles de falseo. La selección de las características de estos DS se delegaron en la CE para que los definiera en el 2014.

Ciertamente los avances en este campo se han sucedido y la realidad al día de hoy nos depara resultados sorprendentes, por ejemplo, ya hay varios hospitales en España con experiencias en RFID y en USA, un 90% de los de los mismos utilizan de alguna forma RFID, aunque no tanto para la gestión de medicamentos. Por su parte también se ha avanzado mucho con los códigos bidimensionales como Data Matrix y parece que la Industria Farmacéutica Europea se decanta por esta alternativa. Una de las aportaciones de la Directiva en este apartado, es que además de que la CE asume la decisión tecnológica, recoge que no todo el mercado de medicamentos debe estar sujeto a identificación unitaria. Considera necesario armonizar los dispositivos de seguridad para aquellos medicamentos que lo requieran, pero el criterio debe ser flexible y no debe afectar a todos y además incluye otras consideraciones orientadas a elevar la seguridad de la venta legal de medicamentos por INTERNET.

La Directiva en su Art. 85 establece las condiciones para la venta a distancia y en concreto dice que los Estados Miembros (EM) sin perjuicio de las legislaciones internas sobre medicamentos, velaran porque los

mismos se ofrezcan al público por venta a distancia, mediante servicios de la sociedad de la información tal y como se definen en la Directiva 98/34 de junio del 98, siempre que cumplan, entre otras, las siguientes condiciones:

- Ser persona física o jurídica autorizada para dispensar a distancia, conforme a la legislación del EM al que pertenece.
- El titular deberá comunicar al EM, nombre y apellidos, dirección postal, fecha de comienzo de actividades de venta y URL de la WEB.
- Cumplir una serie de condiciones para poder operar con una WEB oficial, como son: datos de contacto de la autoridad competente, enlace hipertexto al sitio WEB mencionado del EM y un Logotipo común, reconocible en toda la UE.

Por su parte, la CE adoptará "actos de ejecución" sobre el LOGOTIPO como son: los criterios técnicos, electrónicos y criptográficos a efectos de verificación de la autenticidad del logotipo y se encargará de su diseño y mantenimiento evolutivo, en base a los avances tecnológicos que se produzcan. Los E.M. deberán crear un sitio WEB en el que figure información sobre la legislación nacional aplicable a la venta a distancia, información sobre el propósito del logotipo común, la lista de personas que ofrecen esos servicios, así como sus direcciones WEB e información sobre riesgos derivados de la compra a distancia.

Finalmente la Agencia Europea del Medicamento desarrollará una WEB que facilite la información sobre los anteriores puntos, que mencionará explícitamente que los sitios WEB nacionales contienen información sobre listado de personas autorizadas y en colaboración con la CE y los E.M. organizaran campañas destinadas al público sobre los peligros de los medicamentos falsificados.

En resumen, el ciudadano podrá verificar la validez de la WEB de su proveedor. Esta WEB estará conectada con la WEB de su Estado y a su vez esta con la WEB Europea. En todo caso el MSSSI se ha planteado poner en marcha otras actividades que ayudarán a confeccionar el marco para la puesta en marcha de la venta de medicamentos a través de INTERNET, como son: el desarrollo de un sistema de información y gestión para el control de importaciones paralelas, la ampliación del S.E. de Farmacovigilancia, la puesta en marcha de un Sistema de Alertas a las CC.AA de casos detectados, el desarrollo normativo para venta de medicamentos a través de Internet y la implementación de programas específicos para la detección de WEB ilegales y en ese sentido, se contempla la colaboración con empresas tecnológicas.



InterSystems obtiene el Premio Compañía europea de 2012 en Tecnologías de Integración para la Sanidad Conectada

InterSystems Corporation líder global en software para la Sanidad Conectada, ha sido galardonada con el Premio Compañía europea de 2012 en Tecnologías de Integración para la Sanidad Conectada, concedido por Frost & Sullivan.

Frost & Sullivan cita a InterSystems por su innovación en producto y su capacidad para proporcionar un alto valor al cliente. Los analistas de Frost & Sullivan elogiaron, en particular, la plataforma estratégica InterSystems HealthShare®a la que describieron como "solución one-stop que permite a los usuarios capturar, compartir, comprender y actuar sobre todos los datos, ya sean estructurados o no estructurados".

InterSystems fue probada, frente a sus competidores, en cinco áreas clave:

- Grado de innovación con productos y tecnologías.
- Liderazgo en valor para el cliente.
- Excelencia en la estrategia de crecimiento.
- Excelencia en la estrategia de implementación.
- Liderazgo en penetración en el mercado.

"La importancia de la Sanidad integrada y conectada es fundamental como requerimiento clave para la próxima generación de TI para la salud. Con capacidad para obtener el valor de la información y aplicarla en el punto de atención al paciente, las organizaciones sanitarias pueden alcanzar la transformación profunda que necesitan para abordar los desafíos que supone gestionar los costes manteniendo la calidad de la atención sanitaria", afirma Dominick Bizarro, Global Business Manager de InterSystems HealthShare.

InterSystems HealthShare es una plataforma informática estratégica sanitaria para hospitales, que integra distribución en redes e intercambio de información sanitaria a nivel regional y nacional.

Está construida sobre la base de datosInterSystems Caché®y la plataforma de integraciónInterSystems Ensemble®. InterSystems DeepSee proporciona capacidades embebidas de Business Intelligence en tiempo real, e InterSystems iKnow ofrece la habilidad de descubrir conceptos y relaciones entre los datos no estructurados.

El Jurado destacó los satisfactorios proyectos nacionales realizados en diversos países, como son los casos de Suecia, Dinamarca, Países Bajos y Escocia. También citó la creciente reputación de InterSystems como un socio tecnológico creativo orientado en avanzar en su tecnología de implementación y post-implementación, asegurando al cliente lograr sus objetivos y superar sus expectativas.

"Frost & Sullivan cree que la estrategia de negocio de InterSystems está centrada en el cliente y esto ha contribuido a proporcionar tecnologías que son ampliamente utilizadas en el área sanitaria. Sus aplicaciones incorporan, embebidas, capacidades de interoperabilidad, análisis y otros componentes clave, que ayudan a que sus clientes obtengan importantes ventajas competitivas. Todos estos factores favorecen que InterSystems haya sido un digno merecedor del Premio 2012 Frost & Sullivan a la Compañía del Año en Tecnología Europea en Sanidad Conectada e Integrada", señaló DivyaaRavishankar, SeniorResearchAnalyst, Healthcare and Lifescience IT, de Frost & Sullivan.

"Este premio es un excelente reconocimiento al trabajo que estamos realizando en Europa", afirma Jonathan Selby, UK &Ireland Country Manager, de InterSystems. "Continuaremos dejando nuestra huella en el mercado europeo proporcionando innovaciones tecnológicas excepcionales, valor real a nuestros socios y clientes, y una estrategia en Sanidad Conectada que, en última instancia, se centra en mejorar los resultados para los pacientes".

FE DE ERRATAS

En el nº anterior de I+S, en la página 75 publicamos por error una foto de Pablo Serrano bajo el nombre de Carlos Luis Parra. Sentimos las molestias ocasionadas y subsanamos este error publicando una foto de Carlos Luis Parra, con su nombre



Carlos Luis Parra



La Clave de la Innovación en la Atención al Paciente

InterSystems HealthShare™ es una plataforma estratégica de informática sanitaria que conecta aplicaciones, crea una vista Web de cada paciente, permite un desarrollo rápido de nuevas funcionalidades y ofrece información detallada basada en "active analytics" en tiempo real ya sea a nivel hospitalario, regional o nacional.

InterSystems

InterSystems.es/Key3

© 2012 InterSystems Corporation. Todos los derechos reservados.
InterSystems HealthShare es una marca registrada de InterSystems Corporation.



El gurú de su empresa puede ser usted

Planificar, anticiparse, innovar... A veces contar con un referente a la hora de tomar cualquier decisión puede ser tan importante como la capacidad de liderazgo. Pulso, disponible en versión para tablet multidispositivo, es una publicación creada para convertirse en guía de referencia en tecnologías de la información y las comunicaciones. Descárguese la aplicación y cuente con nosotros para ser su nueva fuente de inspiración.

Pulso. La revista de tendencias TIC para liderar.
App disponible para todos los sistemas operativos.

www.grandesclientes.telefonica.es
www.aunclicdelastic.com

Telefónica

pulso
TENDENCIAS TIC PARA LIDERAR