

DESARROLLO DE LA SALUD-E EN EUROPA

Javier Carnicero¹

Este documento alude a un estudio solicitado por CEPAL sobre el estado de la salud electrónica en Europa, centrado en cinco países: Bélgica, Dinamarca, Suecia, España y Reino Unido. Los resultados de este trabajo² siguen una estructura muy simple, exponiendo el escenario y el estado de la Salud-e en cada uno de estos países, la colaboración internacional existente y una serie de conclusiones entre las que se destacan varios aspectos clave.

Los cinco países fueron seleccionados por sus distintas experiencias en la implantación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en sanidad, además de poseer un tipo diferente de organización del sistema de salud así como características particulares de población, economía y régimen de gobierno. El objetivo del estudio fue identificar los factores comunes tanto del éxito, de lo que se ha hecho bien, como del fracaso, aquellos errores que se han cometido y que es importante tratar de no repetir.

El método de trabajo utilizado consistió en una exhaustiva revisión bibliográfica y consultas dirigidas a la red de contactos de los autores, combinando de esa forma la información disponible en las publicaciones del sector con la opinión crítica y orientación de los especialistas incluidos.

Escenario

Los cinco países estudiados poseen un sistema sanitario de cobertura universal financiado con fondos públicos, procedentes en su mayoría de los impuestos en Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia, y de un sistema de seguridad social en Bélgica.

	Bélgica	Dinamarca	España	Reino Unido	Suecia
Grado de cobertura	Universal	Universal	Universal	Universal	Universal
Modelo financiación / Principal fuente	Pública / seguridad social	Pública / impuestos	Pública / impuestos	Pública / impuestos	Pública / impuestos
Gasto salud (% PIB)	10,2%	9,7%	9,0%	8,7%	9,4%
Gasto público salud (% gasto total)	72,5%	84,5%	72,5%	82,6%	81,9%
Nivel de gestión de la asistencia	Regional	Regional y local	Regional	Regional y local	Regional y local

Fuente: Elaboración propia.

¹ Este documento fue elaborado en conjunto con David Rojas.

² Carnicero, Javier y David Rojas. Aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los sistemas de salud de Bélgica, Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia. CEPAL. Serie de políticas sociales n° 168. Santiago de Chile, 2010

El gasto promedio en salud de los países de la Unión Europea³ llega casi al 9% del Producto Interno Bruto (PIB), siendo más alto en Bélgica y en Dinamarca y Suecia, que tradicionalmente han contado con servicios públicos muy potentes.

En todos los países analizados, la gestión de la provisión de servicios de salud está descentralizada en el nivel regional e incluso, en algunos casos, en el nivel local. El Reino Unido constituye un caso algo más complejo porque, aun cuando el sistema está centralizado, se recurre a fundaciones y corporaciones, entre otros, pero el gobierno central no gestiona directamente la provisión de servicios de salud.

Estado de la salud electrónica

Bélgica

En este país, la provisión de los servicios de salud depende y se financia desde un sistema de seguridad social. Bélgica tiene un sistema político-administrativo complejo porque además de los tres niveles de gestión política (nacional, regional y local), posee una estructura transversal compuesta por las tres comunidades lingüísticas.

Los servicios de salud son provistos, en su mayor parte, por el sector privado. Tanto médicos como hospitales son entidades privadas que facturan por su servicio asistencial.

La ausencia de un plan nacional de salud electrónica ha llevado a que sólo se hayan desarrollado proyectos aislados y que la estrategia implementada apunte a compartir la información de los múltiples sistemas existentes. Para esto último han debido recurrir a la búsqueda de consensos en la utilización de estándares destinados al intercambio de información, sin que hasta el momento se haya alcanzado un acuerdo general en la materia.

En Bélgica existen múltiples sistemas para la consulta de resultados de pruebas e informes clínicos. Probablemente, esto se origina en el sistema de organización que se basa en varias entidades privadas, lo que hace que el interés se concentre en compartir información y, sobre todo, en el desarrollo de redes y sistemas de gestión clínico-administrativa así como en la facturación, entre otras.

En comparación con los otros cuatro países considerados, se observa un menor avance en los sistemas clínicos: prescripción, receta electrónica, historia clínica resumida, etc. Aunque se ha desarrollado una red nacional para intercambio de datos clínicos, la eficiencia de esta red es discutible al no haberse resuelto el problema de la identificación del paciente a escala nacional, cuestión clave para un buen desarrollo de la Salud-e.

Un aspecto digno de destacarse en este país es el gran esfuerzo (mayor al observado en otros países europeos) destinado a promover la formación de profesionales en sanidad electrónica, informática sanitaria, TIC y salud. Incluso, se ha trabajado para incorporar las TIC en salud en el currículum de algunas especialidades médicas, aunque hasta el momento no lo hayan conseguido.

Dinamarca

El modelo danés de salud electrónica, al igual que el sueco, es un modelo exitoso. Tal como ocurre en Bélgica, se basa en compartir la información y por lo tanto recurre a la integración de sistemas. En estas materias, la estrategia danesa ha tenido visión de largo plazo. A mediados de los años noventa empezaron a compartir la información que entonces estaba diseminada en

³ Esto es, en los quince países originales de la Unión Europea, los de Europa Occidental.

las distintas instituciones del país. Con ese fin, desde un inicio se definieron estándares, de tal manera que cada nuevo desarrollo debía adaptarse al formato común consensuado.

En Dinamarca se han desarrollado programas sucesivos con metas a mediano plazo (2 a 3 años). Estos programas se prueban a través de pilotos y luego se difunden rápidamente. La estrategia les ha proporcionado gran éxito porque ha generado un ambiente de confianza basada en un tipo de planificación de proyectos que tiene un alto grado de cumplimiento y permite disponer de resultados tangibles a mediano plazo.

Este país cuenta con un fuerte desarrollo de sistemas clínicos: receta electrónica, peticiones de pruebas y consulta de resultados, sistemas de imagen médica digital, así como telemedicina.

Una característica interesante de Dinamarca es que cuenta con un organismo para la coordinación nacional de los proyectos de Salud-e, llamado MedCom. Esta organización existe desde 1994 y se ha consolidado en la prestación de apoyo a la coordinación nacional de los proyectos de salud electrónica.

España

Después de veinte años de transición y cambios, el sistema sanitario español se ha consolidado como un régimen de provisión mayoritariamente pública —centros, profesionales y empleados públicos. Actualmente, el sistema se financia vía impuestos, después de evolucionar a partir de un sistema de seguridad social.

En España, la gestión de servicios públicos de salud está descentralizada en las 17 comunidades autónomas, contando cada una de ellas con un desarrollo propio de sistema de salud e historia clínica electrónica. Sin embargo, es habitual que las comunidades compartan sus experiencias y buenas prácticas.

El país se caracteriza por poseer dos niveles asistenciales claramente diferenciados: atención primaria y atención especializada. La atención primaria se presta por medio de centros de salud, y la atención especializada se lleva a cabo en hospitales y policlínicos, así como centros de consultas externas. Cada uno de estos niveles ha desarrollado su propio sistema de historia clínica electrónica.

Por lo tanto, en casi todas las comunidades de España conviven dos sistemas de HCE, uno para atención primaria y otro para especializada. Sin embargo, algunas regiones han solucionado el problema creando un sistema único para atención primaria y especializada, destacándose los casos de las comunidades de Andalucía y Valencia. Otras comunidades han trabajado para integrar los dos sistemas con el fin de poder acceder o compartir información sanitaria.

Aunque cada región ha desarrollado su propia HCE, existen grandes similitudes entre ellas. La HCE comprende peticiones de pruebas, registros de antecedentes y prescripción electrónica, entre otros. En algunas comunidades está muy desarrollado el sistema de receta electrónica que conecta la consulta del médico con la farmacia y a ésta con los servicios de salud para pagar la factura.

En otras palabras, las líneas de actuación de las comunidades autónomas son similares, aunque la estrategia de cada servicio de salud establece prioridades distintas para cada una de las líneas programáticas. Un aspecto común en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el desarrollo de una base de datos nacional de tarjeta sanitaria para identificar a todos los usuarios.

Además, el SNS tiene un proyecto de HCE nacional que consiste en compartir información entre los servicios de salud de las diferentes comunidades, accediendo a una serie

de documentos clínicos cuyos contenidos mínimos han sido establecidos por consenso entre más de 32 sociedades científicas, asociaciones de pacientes y el Consejo del SNS. En la actualidad, este proyecto funciona en dos comunidades autónomas.

Por último, existe una estrecha colaboración del SNS con la Secretaría de Estado para Telecomunicaciones y Sociedad de la Información, dependiente del Ministerio de Industria, organismo que dirige la Estrategia de la Sociedad de la Información de España.

Reino Unido

El Reino Unido es un ejemplo de estrategia de tecnologías de la información establecida desde el máximo nivel de autoridad política del país. Cuando Tony Blair llegó al gobierno, prometió una reforma global del National Health Service (NHS) y no sólo invirtió mucho dinero, sino que puso en juego su crédito político. Una herramienta vital para la reforma del NHS inglés fue la estrategia de e-Health o salud electrónica. La reforma consistió en un gran proyecto de alcance nacional y larga duración, cuyo término fue previsto para 2010. Entre sus principales sistemas destacaron la gestión de citas, imagen médica digital, receta electrónica e historia clínica electrónica resumida.

A pesar de los esfuerzos, el proyecto de historia clínica electrónica en Reino Unido ha debido enfrentar importantes dificultades para salir adelante, lo que ha sido de público conocimiento. Los inconvenientes se refieren a continuos incumplimientos de plazos, sobrecostes, cambio de proveedores y —quizás lo más importante— sucesivas modificaciones en las modalidades de gestión del proyecto, alternando la centralización y la descentralización. El reciente cambio de gobierno ha supuesto un nuevo giro, habiéndose optado nuevamente por la fórmula descentralizada.

No obstante lo anterior, en el nivel nacional, Reino Unido ha conseguido muy buenos resultados parciales en materia de salud electrónica; por ejemplo, con la cita previa. A escala nacional se mantienen los proyectos de imagen médica y receta electrónica.

Suecia

Suecia es otro caso de éxito. En este país, los principales avances se han dado en torno a la generación de un sistema que permite compartir información sanitaria por medio del uso de estándares para el intercambio de datos.

A diferencia de Dinamarca, la planificación del estado sueco se hace con un mayor horizonte de tiempo, proceso que en la actualidad tiene buenos frutos en el ámbito de los sistemas clínicos y recetas electrónicas. Cabe destacar que, a través de un sistema electrónico es posible que recetas prescritas en Suecia se dispensen en Dinamarca y viceversa.

La telemedicina tiene un desarrollo muy interesante en Suecia. El país cuenta con una red nacional y a pesar de que ha vivido cambios de gobierno con importantes transformaciones en la política, la estrategia de salud electrónica se ha mantenido, otorgando continuidad y estabilidad a sus proyectos.

Cooperación europea en el ámbito de la salud electrónica

En Europa se cuenta con varios proyectos de cooperación entre países. Aquí nos centraremos en el proyecto *European Patient – Smart Open Services* (epSOS).

El proyecto epSOS aborda la historia clínica electrónica resumida del paciente y el sistema de receta electrónica. En él participan más de 15 estados de la Unión Europea y cada estado tiene a su vez varios beneficiarios que son las entidades de provisión de servicios dentro de cada país.

La idea, básicamente, es que entre los distintos estados europeos comprometidos se pueda acceder al resumen de la historia clínica de cualquier paciente y que una receta prescrita en un país pueda ser dispensada en los otros territorios involucrados en la iniciativa. A modo de ejemplo, si un paciente español requiere atención sanitaria en Suecia, el centro sueco podrá acceder a su resumen de HCE y el medicamento que se recete podrá ser dispensado en cualquiera de los quince países europeos.

Esto, que a simple vista parece de alcance muy limitado, debido a la diversidad de lenguas y conceptos involucrados es una gran empresa. Es un galimatías tecnológico porque los sistemas son distintos, asunto que intenta superar mediante la utilización de estándares. También es un galimatías semántico porque coexisten lenguas distintas. Además, es un galimatías legal porque existen legislaciones diferentes. Por ejemplo, los países reconocen distintas atribuciones a los profesionales de salud, creando situaciones como la posibilidad o imposibilidad de que una enfermera prescriba tratamientos, o la consideración o no de un psicólogo como profesional clínico con derecho de acceso a la HCE del paciente. En algunos aspectos, como es el caso de la protección de datos, existe normativa común en toda la Unión Europea. Al respecto hay que mencionar que hay una directiva europea de protección de datos que todos los países han debido transponer a la legislación propia. Pero en esa transposición hay problemas, pues no todos lo han hecho de la misma manera.

Lecciones aprendidas

En primer lugar, los proyectos que han tenido éxito son aquellos que se han dirigido a buscar valor añadido para el profesional. Su objetivo ha sido que los médicos, enfermeras y el resto de profesionales sanitarios (farmacéuticos, psicólogos, etc.) dispongan de una herramienta que les ayude a hacer bien su trabajo, de una forma más eficiente y fácil.

No son proyectos para mejorar la administración o reducir costes, sino dirigidos a facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, con los proyectos de receta electrónica no está claro que se ahorre dinero en medicamentos, pero lo que sí se logra es prescribir mejor. Es probable que termine conteniendo los costes, pero el objetivo no debe ser ése, sino prescribir más adecuadamente, dispensar los medicamentos con mayor seguridad para el paciente o, en términos más coloquiales, facilitarle la vida a médicos, farmacéuticos y pacientes.

Un buen ejemplo de proyecto con valor añadido es la HCE de Navarra, una comunidad española con alto grado de autogobierno y poco más de 500.000 habitantes. Durante muchos años, y ante el desprecio absoluto de los sistemas oficiales de informática, un grupo de médicos se dedicó a desarrollar una HCE para su hospital. El gobierno no les daba crédito porque, entre otras cosas, se decía que se trataba de un grupo de médicos que jugaban a ser informáticos. Pero ellos se centraron en desarrollar un producto con valor añadido para los profesionales de salud, que acabó imponiéndose y actualmente es el proyecto de HCE de la comunidad de Navarra. Cuando las autoridades de salud y de sistemas de información dispusieron que los profesionales sanitarios y de TIC trabajaran juntos y se logró la cooperación entre ellos, el producto mejoró sensiblemente y hoy en día se utiliza masivamente en los hospitales públicos de Navarra.

En segundo lugar, en los proyectos exitosos, la estrategia de TIC debe estar contenida en la estrategia del sistema nacional de salud y alineada con la estrategia de tecnologías de la información o de la sociedad de la información del país. Las tecnologías de la información son muy importantes para mejorar la sanidad, pero son un instrumento, no son un fin en sí mismo. En España, en el marco de la existencia de 17 historias clínicas electrónicas, existe una

discusión permanente respecto de la necesidad de tener una gestión única nacional de estas historias. Frente a este dilema, quien planifica la estrategia de salud y gestiona sus servicios es quien tiene que proyectar y encargarse de la estrategia de tecnologías de la información. En otras palabras, no es imprescindible un manejo centralizado de la salud. Los casos de éxito revisados tienen una fuerte coordinación nacional y una gestión regional; en ellos se integran los sistemas existentes a través del uso de estándares.

En tercer lugar, aunque sea obvio decirlo, hay requisitos previos que cumplir. Uno de ellos es la identificación única, pero no sólo de pacientes, sino también de profesionales y centros. Además, se debe contar con las infraestructuras mínimas requeridas, como ordenadores y conectividad, entre otros. Adicionalmente, se necesita personal, profesionales con conocimiento de las tecnologías de la información y de la sanidad. En palabras simples, se requieren médicos o profesionales sanitarios que sepan lo que es una base de datos y un estándar, así como ingenieros que sepan lo que es una historia clínica o lo que significa la estancia en un hospital. Se requieren profesionales que conozcan la legislación sanitaria y de protección de datos del país.

En cuarto lugar, un factor de éxito es la existencia de un marco legal que asegure a los pacientes que sus datos serán tratados confidencialmente y que valide los actos de los profesionales sanitarios y a las instituciones que llevan a cabo los programas de salud electrónica.

En quinto lugar, en cada etapa se requiere planificación e identificación de resultados tangibles a corto plazo de modo que no decaiga el entusiasmo, ya que estos proyectos necesitan mucho apoyo y motivación. También es importante que se utilicen estándares y se garantice la seguridad y confidencialidad de la información.

Por último, se debe aprovechar el potencial de la HCE para una adecuada gestión del conocimiento, utilizando la información generada por los profesionales durante el proceso asistencial. Para ello es necesario pensar de un modo diferente al tradicional, asumiendo que la información para la gestión debe proceder de los sistemas operacionales. No se debe encomendar al profesional el registro de los datos relativos a su actividad, sino que hay que ver de qué manera los resultados del trabajo de los profesionales de la salud, reflejados en la HCE, nos brindan información y pueden explotarse para gestionar el conocimiento.