



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 30.4.2004
COM(2004) 356 final

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO
EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE
LAS REGIONES**

**La salud electrónica – hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos
europeos: Plan de acción a favor de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica**

{SEC(2004)539}

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO
EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE
LAS REGIONES**

**La salud electrónica – hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos
europeos: Plan de acción a favor de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica**
(Texto pertinente a efectos del EEE)

1.	Introducción	4
2.	Retos y expectativas de los sectores de la salud en Europa y papel de la salud electrónica	5
2.1.	Salud electrónica: sistemas y servicios que benefician al sector de la salud	7
2.2.	Primacía de los consumidores de la salud: pacientes y ciudadanos sanos	8
2.3.	Ayuda a los profesionales de la salud	8
2.4.	Apoyo a las autoridades sanitarias y a los gestores sanitarios	9
2.5.	La salud electrónica: tercer sector industrial del área de la salud en Europa.....	11
3.	Situación actual	11
3.1.	Ejemplos de aplicaciones de salud electrónica y sus beneficios.....	11
3.2.	Principales retos que plantea la implantación amplia	14
4.	Hacia el Espacio Europeo de la Salud Electrónica: problemas y acciones.....	18
4.1.	Plan de acción	18
4.2.	Tema 1: Hacer frente a los retos comunes	18
4.2.1.	Liderazgo de las autoridades sanitarias.....	18
4.2.2.	Interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria	19
4.2.2.1.	Identificación de pacientes.....	19
4.2.2.2.	Interoperabilidad de las historias clínicas informatizada	20
4.2.3.	Movilidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.....	20
4.2.4.	Mejora de la infraestructura y las tecnologías	20
4.2.5.	Pruebas de conformidad y acreditación para el mercado de la salud electrónica	21
4.2.6.	Impulsar la inversión.....	22
4.2.7.	Cuestiones jurídicas y reglamentarias.....	22
4.3.	Tema 2: Acciones piloto: acelerar la implementación beneficiosa.....	23
4.3.1.	Información a ciudadanos y autoridades sobre educación sanitaria y prevención de enfermedades	23

4.3.2.	Hacia unas redes de información sanitaria integradas	23
4.3.3.	Promoción del uso de tarjetas en la asistencia sanitaria.....	24
4.4.	Tema 3: Colaboración y seguimiento de las prácticas	24
4.4.1.	Difusión de las mejores prácticas.....	24
4.4.2.	Evaluación comparativa	25
4.4.3.	Colaboración internacional	25
5.	Conclusiones	26
ANEXO		27

1. INTRODUCCIÓN

La salud electrónica (e-Health) tiene una importancia capital, ya que puede mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y multiplicar la calidad y la eficacia de los servicios ofrecidos. Por salud electrónica se entiende la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la totalidad de las funciones que afectan al sector de la salud.

Entre las herramientas o soluciones asociadas a la salud electrónica figuran productos, sistemas y servicios que van más allá de las meras aplicaciones basadas en Internet. Incluyen herramientas para uso tanto de las autoridades sanitarias como de los profesionales, así como sistemas de salud personalizados para pacientes y ciudadanos. Sirvan de ejemplo las redes de información sanitaria, las historias clínicas informatizadas, los servicios de telemedicina, los sistemas de comunicación personales vestibles y transportables, los portales de salud y muchas otras herramientas basadas en las tecnologías de la información y las comunicaciones cuyo objetivo es facilitar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento de la salud y la gestión del estilo de vida.

Si se combina con modificaciones organizativas y con el desarrollo de nuevas competencias, la salud electrónica puede contribuir a la prestación de una atención mejor y más barata dentro de los sistemas de salud centrados en el ciudadano. Por este motivo, constituye una respuesta a los principales retos que tiene actualmente planteados el sector de la salud (que da empleo al 9% de la fuerza de trabajo de Europa).

La salud electrónica constituye tanto la herramienta de hoy para conseguir mejoras sustanciales de la productividad como el instrumento del mañana para unos **sistemas de salud centrados en el ciudadano** y reestructurados, que al mismo tiempo respeten las distintas tradiciones multiculturales y plurilingües de Europa en el ámbito de la asistencia sanitaria. Existen numerosos ejemplos de sistemas de salud electrónica que han tenido ya éxito, como por ejemplo redes de información sanitaria, las historias clínicas informatizadas, servicios de telemedicina, sistemas de seguimiento vestibles y transportables y portales de salud. Actualmente, al menos cuatro de cada cinco médicos europeos cuentan con conexión a Internet, y la cuarta parte de los europeos utiliza Internet para obtener información relacionada con la salud.

Los programas de investigación de la Comunidad Europea subvencionan la salud electrónica desde hace 15 años. La cofinanciación asignada desde principios de los noventa ha alcanzado ya los 500 millones de euros, con un presupuesto total que duplica aproximadamente esa cifra. Son ya numerosos los resultados de la investigación que han sido comprobados y puestos en práctica. Gracias a esto, Europa se ha situado en una posición privilegiada en lo que se refiere al uso de historias clínicas informatizadas en la atención primaria y en la implantación de las tarjetas sanitarias (inteligentes). Todo ello ha contribuido a la aparición de una «industria de la salud electrónica» que puede convertirse en la tercera industria más importante del sector de la salud, con un volumen de negocios de 11 000 millones de euros. Para 2010 podría representar el 5 % del presupuesto total en el ámbito de la salud. Actualmente, la industria de la salud electrónica europea, compuesta fundamentalmente por pequeñas y medianas empresas, posee cierta ventaja competitiva, pero aún necesita contar con un contexto empresarial más favorable.

Los Estados miembros han demostrado que están dispuestos a hacer avanzar todo lo relacionado con la salud electrónica¹, apoyándose en las mejores prácticas y en la experiencia adquirida en las distintas partes de la Unión. Por ello, debería ser posible avanzar hacia un «Espacio Europeo de la Salud Electrónica», un marco construido sobre una amplia gama de políticas e iniciativas europeas. Al describir este Espacio, se contempla un nuevo marco de acciones concertadas y sinergias en este ámbito que contribuya a crear un contexto favorable a la integración a nivel comunitario de las políticas relacionadas entre sí. Dado que el sector de la salud es en Europa un servicio predominantemente público, la mayoría de los retos y de las acciones descritas en la «Comunicación sobre el papel de la administración electrónica en el futuro de Europa»² son también de aplicación aquí.

La salud electrónica desempeña un papel obvio en la estrategia eEurope de la Unión Europea y resulta esencial para conseguir un crecimiento más sostenido y crear puestos de trabajo altamente cualificados en una economía dinámica basada en el conocimiento, que son objetivos fijados por el Consejo Europeo de Lisboa en marzo de 2000³ ⁴. Para avanzar, será necesario intervenir en varias áreas de actuación importantes, que van desde la investigación y el despliegue de las redes de telecomunicaciones de banda ancha hasta las actuaciones en materia de salud pública y los trabajos de los Estados miembros de fomento la movilidad y evaluar las repercusiones del envejecimiento de los europeos sobre los sistemas de asistencia sanitaria.

2. RETOS Y EXPECTATIVAS DE LOS SECTORES DE LA SALUD EN EUROPA Y PAPEL DE LA SALUD ELECTRÓNICA

Los sistemas de asistencia sanitaria de todo el mundo tienen planteados importantes retos⁵, aunque su naturaleza y escala sea muy distinta en los países industrializados y en los países en desarrollo. En el caso de la Unión, figuran entre ellos:

- la creciente demanda de servicios de salud y sociales, a causa del envejecimiento de la población y del aumento de nivel de rentas y del nivel educativo. En particular, para 2051, casi el 40% de la población de la Unión tendrá más de 65 años⁶;

¹ Declaración Ministerial en la Conferencia Ministerial 2003 sobre salud electrónica.
http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

² *El papel de la administración electrónica en el futuro de Europa*, 2003.

³ Consejo Europeo (2000), *Conclusiones de la Presidencia*. Consejo Europeo de Lisboa. 23-24 de marzo de 2000.

⁴ COM(2002) 263 final. *eEurope 2005: Una sociedad de la información para todos - Plan de acción que se presentará con vistas al Consejo Europeo de Sevilla, 21-22 de junio de 2002*. Bruselas, 28.5.2000.

⁵ COM (2001) 723 final 05.12.2001, *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la viabilidad financiera*; (6528/03, 20.02.2003) y el *Informe conjunto de la Comisión y el Consejo sobre el apoyo a las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores*. En este contexto, se hace hincapié en el acceso de todo el mundo a la asistencia sanitaria en una sociedad que envejece, contando con servicios y sistemas de salud de gran calidad en una situación en la que los ciudadanos cada vez esperan más de ellos y en la que hay escasez de profesionales de la salud, pero con la necesaria viabilidad financiera y sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud de todos los Estados miembros a largo plazo.

⁶ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligtoet, & J-C. Burgelman (2003) *Explorando la salud electrónica en el contexto de una sociedad Europea que envejece: cuantificando y cualificando las necesidades. Informe final*. Noviembre de 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, España.

- las exigencias crecientes de los ciudadanos, que desean disponer de la mejor atención disponible y, al mismo tiempo, la reducción de la desigualdad en el acceso a la asistencia sanitaria de calidad;
- la movilidad creciente de los pacientes⁷ y de los profesionales de la salud dentro de un mercado interior que funcione mejor⁸;
- la necesidad de reducir la denominada «carga de morbilidad»⁹, y de responder a los riesgos de las enfermedades emergentes (por ejemplo, las nuevas enfermedades transmisibles tales como el SRAS);
- las dificultades que experimentan las autoridades públicas para equilibrar la inversión en tecnología con la inversión en las complejas transformaciones organizativas necesarias para explotar su potencial;
- la necesidad de reducir los accidentes y las enfermedades profesionales, de reforzar el bienestar en el lugar de trabajo y de hacer frente a las nuevas enfermedades laborales¹⁰;
- la gestión de los grandes volúmenes de información sanitaria de los que es preciso disponer con seguridad, facilidad de acceso y prontitud en el punto en que resultan necesarios, y procesados con eficiencia para fines administrativos;
- la necesidad de prestar la mejor asistencia sanitaria posible dentro de los límites presupuestarios existentes.

Este énfasis en la salud electrónica se inscribe en la idea más amplia del valor añadido que tienen las actuaciones en materia de salud a nivel europeo. Esta convicción se refleja en el Programa Comunitario de Salud Pública a que se refiere la Decisión 1786/2002/CE¹¹. Además, la Comisión ha propuesto nuevas medidas de apoyo a los Estados miembros en la reforma de los sistemas de asistencia sanitaria actualmente en curso. Conviene efectuar un seguimiento y una evaluación comparativa de los progresos, y la Comisión ha propuesto

⁷ La movilidad de los pacientes es un tema abordado específicamente en la Comunicación de la Comisión, COM(2004), titulada *Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea*.

⁸ Recientemente se ha modificado el Reglamento 1408/71 que coordina los regímenes jurídicos de la seguridad social para simplificar y modernizar el acceso a la asistencia sanitaria a través de las fronteras, en particular cuando se producen demoras injustificadas en el Estado miembro del paciente. En enero de 2004 la Comisión adoptó una propuesta de directiva sobre servicios en el mercado interior (COM(2004)2 final) en la que se establece un marco para la prestación de servicios en el mercado interior, incluidos los servicios de salud, y para su reembolso por las instituciones aseguradoras pertinentes cuando la asistencia sanitaria se presta en otro Estado miembro. Conviene señalar que, en marzo de 2002, la Comisión presentó una propuesta relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (COM(2002) 119 final) que incluye las profesiones médicas.

⁹ La carga de morbilidad es una medida de la salud de una población que cuantifica el impacto total una enfermedad en términos de incidencia de la mortalidad, discapacidad y coste de la enfermedad.

¹⁰ Los costes de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales suponen entre el 2,6% y el 3,8% del producto interior bruto de los distintos Estados miembros de la Unión Europea. Para más detalles, véase la Comunicación de la Comisión sobre la aplicación práctica de las disposiciones de las Directivas de salud y seguridad en el trabajo. COM(2004) 62 final, febrero de 2004.

¹¹ Decisión nº 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), DO L 271 de 9.10.2002.

aplicar el método abierto de coordinación a la atención sanitaria y al cuidado de las personas de edad avanzada¹².

El informe de primavera de 2004 respalda igualmente el plan de acción eEurope 2005 y la estrategia de Lisboa en lo que se refiere a la mejora de la asistencia sanitaria y de su eficiencia¹³. Aunque, de conformidad con el artículo 152 del Tratado, y en particular con su apartado 5, la actuación comunitaria en el ámbito de la salud pública debe respetar plenamente las competencias de los Estados miembros en este campo, otros desarrollos, tales como los sistemas y servicios de salud electrónica, puede tener repercusiones sobre los sistemas de salud.

2.1. Salud electrónica: sistemas y servicios que benefician al sector de la salud

Los sistemas y servicios de salud electrónica, combinados con los cambios organizativos y el desarrollo de nuevas competencias, constituyen unos instrumentos capacitadores importantísimos, que pueden desencadenar mejoras significativas en el acceso a la asistencia sanitaria, en la calidad de esta y en la eficiencia y productividad¹⁴ del sector de la salud. Un reciente estudio a gran escala refleja las muy diversas maneras en las que los distintos sistemas y empresas de los Estados miembros están abordando la cuestión de cómo convertir los aspectos de la salud electrónica relacionados con los negocios electrónicos en motores que impulsen el cambio y el incremento de la productividad en áreas tales como el desarrollo de infraestructuras y competencias, los procesos internos de las empresas, los procedimientos de contratación y la gestión de la cadena del suministro, la comercialización y las ventas y las funciones de las empresas ampliadas¹⁵. En tanto que industria de los servicios del sector público, en torno al 80% de los costes del sector corresponden a los recursos humanos. Tanto en los Estados miembros antiguos como en los nuevos, el 75% del total del gasto procede de fuentes públicas¹⁶.

El volumen y la complejidad de la información y los conocimientos relacionados con la salud han aumentado en tal grado que el procesamiento de la información constituye un componente fundamental de cualquier organización sanitaria. El sector de la salud es, patentemente, un sector de utilización intensa de la información que cada vez depende en mayor medida de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Estas tecnologías

¹² Véase el Informe de primavera 2004: *Hagamos Lisboa*, COM(2004) 29, 21.1.04. La Comisión está tratando de profundizar en estas ideas en una Comunicación sobre el método abierto de coordinación en el área de la asistencia sanitaria en 2004. Dicho método está pensado para ayudar a los Estados miembros a elaborar progresivamente sus propias políticas e incluye la fijación de directrices, el establecimiento de evaluaciones comparativas de tipo cuantitativo y cualitativo, la traducción de las directrices europeas en políticas nacionales y regionales y, por último, el seguimiento, la evaluación y la revisión *inter pares* – véase Consejo Europeo, 2000. *Conclusiones de la Presidencia*. Consejo Europeo de Lisboa, 23-24 de marzo de 2000.

¹³ Informe de primavera 2004: *Hagamos Lisboa*, COM(2004) 29, 21.1.04.

¹⁴ Los sistemas y servicios de salud electrónica puede reducir los costes y mejorar la productividad en áreas tales como: i) facturación y archivado, ii) contención del error médico, iii) supresión de la asistencia innecesaria, y iv) ahorros obtenidos en el comercio electrónico de empresa a empresa, según se indica en P.M. Danzon and M. Furukawa, e-Health: Effects of the Internet on Competition and Productivity in Health Care (2001), en *Las garantías económicas de la revolución de internet*, the Brookings Task Force on the Internet, Brookings Institution Press: Washington.

¹⁵ Stroetmann K.A. and V.N. Stroetmann (2004) *Negocio electrónicos, el sector de servicios sociales. Estudio de impacto de sector nº10-I (borrador)*, *Observaciones de negocio electrónico europeo*, Comisión Europea, Dirección General de Empresa: Bruselas/Bonn, febrero de 2004.

¹⁶ Véase nota 15.

favorecen los progresos en la investigación médica, la mejor gestión y difusión de los conocimientos médicos y la tendencia hacia la medicina basada en evidencias. Las herramientas de salud electrónica permiten la agregación, el análisis y el almacenamiento de los datos clínicos en todas sus formas, las herramientas de información permite acceder a los descubrimientos más recientes y las herramientas de comunicación hacen posible la colaboración entre organizaciones y profesionales de la salud muy diversos.

2.2. Primacía de los consumidores: pacientes y ciudadanos sanos

Tanto los pacientes como las personas sanas pueden beneficiarse de una mejor educación sobre salud personal y de la prevención de enfermedades. Es preciso ayudarles en la gestión de sus propias enfermedades, riesgos (incluidas las enfermedades laborales) y estilos de vida. Cada vez son más las personas que buscan activamente información sobre su situación médica¹⁷. Desean ser parte activa en las decisiones relacionadas con su propia salud en lugar de limitarse a aceptar la considerable desigualdad («asimetría») de conocimientos entre ellos y los profesionales de la salud. Los servicios de salud electrónica facilitan una información rápida y adaptada a la persona que la necesita. Se dispone de recursos en línea especializados en los ámbitos de la educación sanitaria, la seguridad en el trabajo¹⁸ y la gestión del estilo de vida. La Comisión ha trabajado en el establecimiento de criterios de calidad para las páginas web relacionadas con la salud¹⁹ y en la accesibilidad de las páginas web²⁰.

También se dispone actualmente de sistemas personalizados de seguimiento y apoyo al paciente, ejemplos de los cuales son los sistemas de comunicación vestibles o implantables para la vigilancia permanente de la situación cardiológica del paciente. Estos sistemas pueden abreviar o hacer por completo innecesaria la estancia de un paciente en el hospital sin por ello descuidar el seguimiento de su estado de salud.

Se ha demostrado que el acceso a historias clínicas informatizadas completas y seguras contribuye a mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente. Dicho acceso facilita el tratamiento adecuado de los pacientes, ya que los profesionales de la salud pueden conocer mejor los antecedentes del paciente y las intervenciones anteriores de otros colegas. Si son interoperables, dada la movilidad de los pacientes, estas historias clínicas informatizadas contribuirán también a mejorar el tratamiento en otros países de la Unión Europea.

2.3. Ayuda a los profesionales de la salud

La prioridad de los profesionales de la medicina es ofrecer la mejor asistencia posible con los recursos de que se dispone y, por encima de todo, de conformidad con el juramento hipocrático, no perjudicar al paciente (*primum non nocere*). No obstante, los errores médicos

¹⁷ Detmer, D.E., P.D. Singleton, A. Macleod, S. Wait, M. Taylor, and J. Ridgwell (2003), *El paciente informado: informe*, Cambridge University Health, Judge Institute of Management: Cambridge, Reino Unido. Marzo de 2003.

¹⁸ La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo ofrece una amplia gama de recursos en la web sobre prevención de accidentes y enfermedades, así como guías de mejores prácticas tanto para empleadores como para empleados. Véase <http://europe.osha.eu.int/>.

¹⁹ Comunicación sobre eEurope 2002: Criterios de calidad para los sitios web relacionados con la salud http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/index_en.htm.

²⁰ COM(2001) 529. *eEurope 2002: Accesibilidad de los sitios Web públicos y de su contenido*. http://europa.eu.int/information_society/topics/citizens/accessibility/web/wai_2002/cec_com_web_wai_2001/index_en.htm

siguen existiendo, por desgracia, y algunos de ellos podrían evitarse²¹ utilizando adecuadamente sistemas de salud electrónica capaces de facilitar información vital, dar la alarma y generalizar el uso de las mejores prácticas, el conocimiento de la opinión de los expertos y los resultados de los tratamientos clínicos.

Las herramientas y aplicaciones de salud electrónica pueden ofrecer un acceso rápido y sencillo a las historias de salud electrónicas en el punto en que se necesita. Pueden igualmente contribuir al diagnóstico mediante sistemas no invasivos basados en la imagen. Además, asisten a los cirujanos en la planificación de intervenciones clínicas utilizando datos digitales específicos de cada paciente, permiten acceder a recursos especializados en el ámbito de la educación y la formación y dan a los radiólogos la posibilidad de acceder a las imágenes desde cualquier sitio. Por consiguiente, el lugar de trabajo se redefine y amplía. La transferencia de datos digitales hace posible una conexión más eficaz entre las instituciones clínicas de toda Europa, así como la creación de una red europea de centros de referencia (según está previsto en la Comunicación sobre la movilidad de los pacientes, en la que se prevé esta iniciativa). Las historias de salud electrónicas permiten también extraer información con fines de investigación, de gestión, de salud pública o estadísticos que redundan en beneficio de los profesionales de la salud.

La salud electrónica puede beneficiar no sólo a los profesionales de la salud, sino a todas las personas que trabajan en el sector, por ejemplo en enfermería, asistencia y administración (en 2002 la cifra se elevaba a 17,5 millones de personas para la Unión Europea de 25 Estados miembros, es decir, el 9,3% del total de la fuerza de trabajo)²². Además, la salud electrónica puede contribuir a incrementar la seguridad del entorno laboral de los trabajadores de la salud. (En la Unión Europea, los servicios sanitarios y sociales tienen un índice de accidentes un 30% superior al promedio por sector de accidentes registrados²³. La mayor parte de ellos guarda relación con las enfermedades infecciosas y el riesgo de infección, enfermedades de la espalda y choques y riesgos asociados a los equipos eléctricos o a los gases comprimidos).

2.4. Apoyo a las autoridades sanitarias y a los gestores sanitarios

Las autoridades y los gestores sanitarios son responsables de que los sistemas de salud estén organizados y funcionen adecuadamente. Y deben cumplir su misión en un contexto en el que las presiones presupuestarias y las expectativas de los pacientes no dejan de aumentar. Los sistemas de salud electrónica pueden desempeñar un papel importante a la hora de hacer frente a estas presiones consiguiendo que el sector de la salud sea más productivo y ofrezca resultados mejores consumiendo menos recursos. Por desgracia, los procedimientos actuales de agregación y tratamiento de la información en papel presentan limitaciones importantes.

Una gestión adecuada de la salud pública y de la salud clínica sólo puede acometerse sobre la base de unos datos clínicos y administrativos completos y de gran calidad. Sería muy beneficioso para las autoridades sanitarias de los Estados miembros contar con un mejor acceso a unos datos más comparables sobre las cuestiones relacionadas con la salud. Hacen

²¹ Silber, Denise (2003) Como mejorar el sistema de salud? Harvard University Colloquium, agosto de 2003. *Espace Européen*, 17 de octubre de 2003.

²² Enquesta Fuerza de trabajo 2002, publicado en 2003. Véase también Employment in Europe 2003: http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_analysis/employ_en.htm.

²³ Comunicación de la Comisión - *Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad 2002-2006*, COM(2002) 118 final, marzo de 2002.

falta datos –y la infraestructura subyacente– que faciliten la colaboración de las autoridades sanitarias, por ejemplo a la hora de hacer frente a las enfermedades transmisibles.

Es posible obtener en el momento oportuno unos datos integrados y completos utilizando herramientas de salud electrónica tales como las historias clínicas informatizadas y el apoyo a la gestión del flujo asistencial. La extracción automática de datos de los sistemas de salud electrónicos que respondan a los requisitos jurídicos europeos en materia de protección de datos e intimidad²⁴ podría aportar datos nuevos que facilitarían una evaluación adecuada de recursos muy necesitados y suprimiría la pesada carga administrativa que supone rellenar formularios independientes para obtener el reembolso: un ejemplo claro de mejora de la productividad alcanzable gracias a los sistemas y servicios de salud electrónica. Estas iniciativas configuran una tendencia definida cuyo objetivo es modernizar los sistemas de asistencia sanitaria²⁵.

El sector de la salud también necesita a nivel europeo un incremento de la conexión en red, el intercambio de experiencias y datos y la evaluación comparativa. Ello se justifica por la necesidad de mejorar la eficiencia y por la creciente movilidad de los pacientes y de los profesionales de la salud en el mercado interior de servicios emergente. La situación exige la integración de la información clínica, organizativa y económica existente en las distintas instalaciones de asistencia sanitaria con el fin de hacer posibles empresas virtuales a nivel de jurisdicciones, así como a otros niveles²⁶.

Los sistemas de salud electrónica pueden asistir a los administradores a través de la difusión de las mejores prácticas y de la supresión de los tratamientos ineficaces e inadecuados. Este es el paso más importante que debe darse para liberar recursos y garantizar un amplio acceso de todos a una asistencia de calidad. Además, la salud electrónica brinda nuevas oportunidades a las personas que habitan en zonas apartadas que sólo disponen de servicios de asistencia sanitaria limitados, así como a los grupos marginados (por ejemplo, las personas con diferentes grados de discapacidad, sea leve o grave^{27 28}). La salud electrónica está demostrando ya, en Europa y en los países en desarrollo, que puede servir de plataforma para servicios de telemedicina tales como la teleconsulta (segunda opinión médica), el teleseguimiento y la teleasistencia, sea en el hogar o en el hospital^{29 30}.

²⁴ Directiva 95/46/CE sobre protección de datos. DO L 281 de 23.11.1995.

²⁵ Informe de primavera 2004: *Hagamos Lisboa*, COM(2004) 29, 21.1.2004.

²⁶ A. Rossi Mori. *Sistemas de informaciones integrados: un recurso esencial. Una oportunidad para la cooperación internacional*. Borrador en preparación el 11 de febrero de 2004 para su publicación en el Swiss Medical Informatics Journal. Spring edition 2004.

²⁷ Empleo y dimension social de la Sociedad de la informacion, eInclusion working paper, 2003.

²⁸ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligtoet, & J-C. Burgelman (2003) *Explorando la salud electronica en el contexto de una sociedad europea que envejece: cuantificados y cualificando las necesidades. Informe final*. Noviembre de 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, España.

²⁹ Véase L. Beolchi (editor) (2003) *Glossario de telemedicina. Documento de trabajo, 5th edition, 2003. Glosario de conceptos, tecnologías, estándares y usuarios*. Dirección General de Sociedad de la Información: Bruselas, Bélgica, septiembre 2003 en el que se encontrará una amplia gama de definiciones, referidas particular a la asistencia sanitaria de base médica.

³⁰ En la Conferencia eHealth 2004 presentaron su candidatura varias mejores prácticas en el ámbito de la teleconsulta y la teleasistencia: figuran en la exposición asociada. Véase <http://www.ehealthconference2004.ie> and <http://www.e-europeawards.org/>.

2.5. La salud electrónica ocupa el tercer puesto entre las industrias del sector de la salud en Europa

Según un reciente estudio³¹, la salud electrónica está convirtiéndose en la nueva «industria», al lado de las de especialidades farmacéuticas y productos sanitarios. Para 2010, el gasto en salud electrónica podría representar hasta el 5% del presupuesto sanitario total de los 25 Estados miembros (en 2000 representaba sólo el 1% en los 15 Estados miembros)³². Las empresas europeas tienen una gran oportunidad para erigirse en protagonistas a nivel mundial de esta nueva industria.

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones han desempeñado un papel clave en los sectores de especialidades farmacéuticas y productos sanitarios. En la investigación sobre medicamentos, las nuevas tecnologías ayudan a los científicos a simular y agregar los datos procedentes de los ensayos clínicos y a someter a prueba las nuevas teorías. Los productos sanitarios más recientes están equipados de potentes programas informáticos que favorecen su rendimiento y seguridad, por ejemplo mediante el seguimiento a distancia de las funciones, y facilitan apoyo a la decisión para los profesionales de la salud y/o los pacientes.

3. SITUACIÓN ACTUAL

3.1. Ejemplos de aplicaciones de salud electrónica y sus beneficios

Quince años de investigación y desarrollo regionales, nacionales e internacionales en apoyo a la salud electrónica en Europa han generado un buen número de aplicaciones que se han implementado en varios Estados miembros³³. Existen muchos buenos ejemplos de iniciativas en este ámbito a nivel nacional y regional dentro de la Unión Europea³⁴. Con cuarenta de las más de 180 soluciones realistas de salud electrónica presentadas se organizó una exposición en el marco de la Conferencia ministerial sobre salud electrónica de 2003. Algunas se refieren a la utilización de tarjetas inteligentes, otras a redes de información sanitaria a gran escala en apoyo de servicios tales como MEDCOM en Dinamarca, EVISAND en España, SJUNET en Suecia y HYGEIANET en Grecia³⁵.

Existe en los Estados miembros una demanda considerable de nuevas acciones que promuevan las mejores prácticas y la puesta en común de las experiencias en este ámbito. Actualmente, por ejemplo, la Dimensión social y de empleo de la sociedad de la información

³¹ Deloitte and Touche (2003) eHealth. *Información de salud en Europa. Informe final.*

³² El informe europeo de negocios electrónico. Edición 2002/2003. un retrato de los negocios electrónicos en 15 sectores de la economía Europea - 1er Informe resumen del observatorio del negocio electrónico. Oficina de publicaciones de la Comunidad Europea, 2003. ISBN 92-894-5118-1; Empirica, SIBIS, *Benchmarking Highlights 2002: Towards the Information Society in Europe and the US*, mayo de 2003. Véase <http://www.empirica.biz/sibis/>.

³³ Aplicaciones relacionadas con la salud. 5º Programa Marco de Investigación y Desarrollo 1998-2002. Final report. Edición de abril de 2003. Dirección General de Sociedad de la Información: Comisión Europea, 2003.

³⁴ Los beneficios demostrados de los sistemas de información sobre la salud de pequeña escala geográfica (barrio, municipio, comarca) constan en la guía de la exposición asociada e la Condefencia ministerial sobre salud electrónica 2003.

³⁵ Silber, D (2003) *El caso para la salud electrónica*. Presentado en la primera conferencia de alto nivel de la Comisión Europea sobre salud electrónica, 22/23 de mayo de 2003. EIPA, Países Bajos.

recopila las mejores prácticas en relación con los aspectos de empleo e inclusión social de la salud electrónica y la asistencia sanitaria en la sociedad del conocimiento³⁶.

MEDCOM – Red danesa de información sanitaria

MEDCOM registra actualmente más de 80 000 mensajes diarios. Están conectados a ella el 100% de los hospitales, farmacias y médicos de urgencias, el 90% de los médicos generalistas, el 98% de los laboratorios, el 55% de los especialistas y el 20% de los municipios. MedCom permite a los hospitales usar reenvíos electrónicos y evitar la reintroducción de datos. La calidad profesional de los reenvíos ha aumentado y las notas de alta se almacenan directamente. La situación mensual y el número de mensajes por mes pueden consultarse en www.medcom.dk.

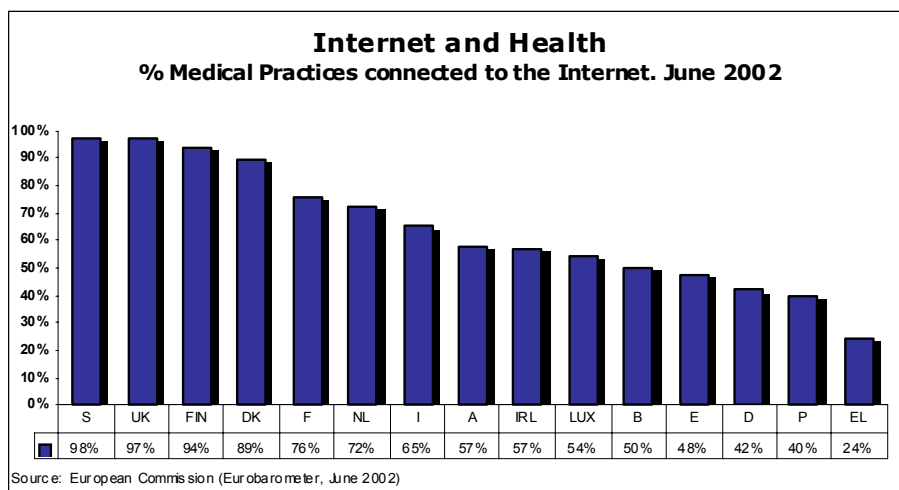
Los primeros estudios sugieren que MEDCOM ha permitido obtener ahorros sustanciales. En términos de recursos humanos, se han ahorrado más de 25 000 meses-persona. Teniendo en cuenta que el salario mensual promedio de un empleado es de 3 350 €, esto representa un ahorro de 22,5 millones de euros.

Al aumentar la penetración de los ordenadores personales y el uso de Internet en Europa, se crea una masa crítica de usuarios –médicos generalistas, pacientes y ciudadanos- para la prestación de servicios de salud electrónica. Las encuestas Eurobarómetro registran un aumento constante del índice de conexiones a Internet de los médicos generalistas³⁷. La correspondiente a 2002³⁸ mostraba que un promedio del 78% de los generalistas de la UE estaban conectados en línea, alcanzándose las cifras máximas en Suecia (98%) y el Reino Unido (97%).

³⁶ Hasta la fecha, el Grupo de alto nivel sobre el empleo y la dimensión social de la sociedad de la información (ESDIS) se ha centrado en la utilización segura y saludable en el trabajo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (SEC(2002) 372 y (SEC(2003) 652), así como en las oportunidades que los servicios de salud en línea podrían ofrecer a los grupos desfavorecidos (SEC(2001) 412), temas a los que se alude también en una Resolución del Consejo sobre la integración social mediante las tecnologías electrónicas adoptada en octubre de 2001.

³⁷ Eurobarómetro 2001-2003.

³⁸ Eurobarómetro, 2002 http://europa.eu.int/comm/public_opinion/.



El uso de las redes, incluida Internet, para asistir a los pacientes también va en aumento. En promedio, en la Unión Europea de 15 Estados miembros el 48% de los médicos utilizan historias clínicas informatizadas y el 46% utilizan Internet para transmitir datos referidos a pacientes a otros profesionales a efectos de proseguir una asistencia. Pero la utilización plenamente interactiva de Internet para prestar asistencia a los pacientes a través de la oferta, por ejemplo, de consultas por correo electrónico (12%) o para que los pacientes puedan concertar citas en línea (2%) parece encontrarse aún en sus primeras fases. La comparación de las cifras entre 2000 y 2002 permite observar la evolución de la conexión a Internet de los generalistas europeos, así como la utilización elevada para la educación continuada y escasa para la prestación de servicios de telemedicina.

Eurobarómetro UE 15	2000	2001	2002
Médicos generalistas conectados a Internet	44%	77%	78%
para educación continuada	34%	70%	72%
para transferir datos médicos de pacientes	9%	37%	46%
para ofrecer servicios de telemedicina	5%	7%	12%

Los profesionales de la salud están beneficiándose cada vez en mayor medida de unas aplicaciones que mejoran los servicios que ofrecen y reducen los riesgos médicos en Europa. Entre ellas figuran los registros o bases de datos en línea para el pronóstico del cáncer y los sistemas de información hospitalaria plenamente integrados tales como COHERENCE en la ciudad de París, el acceso a «bibliotecas» electrónicas, archivos o bases de datos que contienen datos sobre medicina basada en evidencias, la prescripción electrónicamente asistida para reducir los errores y los costes y la teleconsulta en campos tales como la neurobiología, la patología y la psiquiatría. Otros ejemplos de sistemas que pueden utilizar los pacientes y los ciudadanos, así como otros consumidores de salud, son las aplicaciones relacionadas con las enfermedades poco frecuentes, los foros y servicios sobre salud mental y los centros de llamadas y quioscos de atención primaria tales como NHS Direct en el Reino Unido.

NHS Direct Online

NHS Direct Online, <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> establecido en 1999, ofrece información sanitaria electrónica y acceso las 24 horas a un teléfono de asistencia de enfermería. Seis millones de personas visitaron el sitio web NHS Direct Online en aproximadamente dos años. En enero de 2003 se registró un millón de visitantes. El sitio, disponible desde julio de 2000, ofrece información sobre más de 70 000 instalaciones físicas del servicio nacional de salud (NHS) que prestan servicios al público. Los centros de llamadas de NHS Direct orientan a las personas hacia estas instalaciones. NHS Direct ha instalado asimismo 200 quioscos con pantallas táctiles en lugares frecuentados, equipados con impresoras y accesibles a usuarios en silla de ruedas. Se trata de lugares como centros del NHS, farmacias, bibliotecas y supermercados. En torno a 300 personas utilizan mensualmente cada quiosco, lo que equivale a unos 60 000 usuarios al año.

Sistemas como éstos facilitan a los pacientes más información sobre su situación y sus opciones, de manera que puedan asumir más responsabilidades en las decisiones relativas a la asistencia sanitaria. La encuesta Eurobarómetro de marzo de 2003³⁹ relativa a fuentes de información sanitaria demuestra que el 23% de los europeos utiliza Internet para obtener esta información. El 41% de la población europea considera que Internet constituye una buena fuente de información sanitaria.

3.2. Principales retos que plantea la generalización

Pese a que los sistemas y servicios de salud electrónica están disponibles y resultan demostrablemente ventajosos, su uso no está aún generalizado en las situaciones médicas o sanitarias reales. En muchos lugares, su desarrollo se encuentra aún en fase piloto, a menudo financiado a través de subvenciones a la investigación. Las organizaciones suelen transformarse con lentitud, y el tiempo necesario para conseguir la implementación plena puede llegar a 20 años. La implantación de estos sistemas sigue teniendo planteados diversos retos⁴⁰.

- **El compromiso y el liderazgo de las autoridades sanitarias**, en particular en lo que se refiere a las cuestiones financieras y organizativas, constituyen elementos esenciales para que el despliegue de la salud electrónica tenga éxito. Para que ésta pueda mejorar la forma en que se presta la asistencia sanitaria, es preciso combinarla con cambios organizativos y con la adquisición de nuevas aptitudes por parte de los usuarios. Las autoridades sanitarias han concedido tradicionalmente una prioridad presupuestaria baja a la salud electrónica. Actualmente, sin embargo, se considera algo de importancia sustancial dentro de las políticas de salud pública. A lo largo de los últimos años se han registrado progresos rápidos y muchos Estados miembros –como el Reino Unido y Eslovenia– han adoptado ya planes estratégicos para el despliegue de la salud electrónica. Además, **los enfoques organizativos y culturales** relativos a la prestación de la asistencia sanitaria varían de un Estado miembro a otro y de una organización a otra. Habitualmente, en el área de la salud, la introducción de nuevas aplicaciones, técnicas y medicamentos ha sido lenta y, sin

³⁹ Eurobarómetro 58.0, marzo de 2003.

⁴⁰ I. Iakovidis (1998) Hacia las historias médicas personales: situación actual, obstáculos y tendencias de la implementación de las historias clínicas informatizadas en Europa., In *International Journal of Medical Informatics*, vol. 52, no 123, pp 105 –117.

embargo, –desde un punto de vista organizativo– la introducción de las tecnologías de la información y las comunicaciones ha sido relativamente rápida. Los hospitales también serán protagonistas importantes del progreso hacia la salud electrónica, y su participación en su adopción resultará esencial para llegar a nuevas formas de prestación de la asistencia sanitaria.

- **Interoperabilidad de los sistemas de salud electrónica.** La interoperabilidad debe hacer posible la integración completa de sistemas heterogéneos. Esto permitirá un acceso seguro y rápido a unos datos sobre salud pública comparables y a la información sobre el paciente ubicada en distintos lugares a través de una amplia variedad de dispositivos alámbricos e inalámbricos. No obstante, para ello será necesaria la estandarización de los componentes y servicios del sistema, tales como sistemas de información sanitaria, mensajes sanitarios, arquitecturas de historias de salud electrónicas y servicios de identificación de pacientes. Las organizaciones europeas de normalización han iniciado trabajos encaminados a dar una respuesta parcial a esta cuestión, pero la asimilación de las normas de interoperabilidad relativas a la salud electrónica ha sido lenta y, además, ello tampoco garantiza que la interoperabilidad se haga realidad. Las soluciones de salud electrónica interoperables deberían también apoyar la plataforma técnica para la aplicación de iniciativas tales como la creación de una red europea de centros de referencia para fomentar la cooperación entre las instituciones médicas en la Comunidad⁴¹.
- **Facilidad de uso de los sistemas y servicios de salud electrónica.** Una prioridad esencial para los proveedores de servicios sanitarios a la hora de utilizar un sistema de salud electrónica es la rapidez en la obtención de los resultados con la alta calidad deseada. Conexión rápida, conectividad y alta velocidad resultan elementos imprescindibles. De ahí la importancia de que los servicios de salud en línea cuenten con conexiones de banda ancha e infraestructuras para las redes regionales de información sanitaria⁴². También es esencial la configuración de las preferencias personales para garantizar la usabilidad.
- **Ausencia de reglamentación y fragmentación del mercado de la salud electrónica en Europa.** La mayor parte de las soluciones de salud electrónica existentes en la Unión han sido diseñadas por pequeñas y medianas empresas o han sido desarrolladas internamente por entidades sanitarias concretas. La ausencia de normas y de acreditación de los productos, unida a las distintas reglamentaciones nacionales, hace que se multipliquen los costes de desarrollo y adaptación. Esto ha disuadido a la industria de salud electrónica de realizar inversiones más sustanciales en soluciones de salud electrónica. En términos generales, los sistemas de asistencia sanitaria están fuertemente regulados por distintas formas de reglamentación nacional y, sin embargo, al mismo tiempo, resulta necesario mejorar la seguridad jurídica en relación con las condiciones de reembolso de los gastos médicos contraídos en otro Estado miembro⁴³.
- **Cuestiones relacionadas con la confidencialidad y la seguridad.** En primer lugar, la **confidencialidad** y la protección de los datos de los pacientes se rigen por las normas

⁴¹ Estas cuestiones relativas a centros de referencia se abordan en una Comunicación de la Comisión, COM(2004) 301, titulada *Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea*.

⁴² COM(2003) 65 final *Comunicaciones electrónicas: el camino hacia la economía del conocimiento*.

⁴³ Artículo 23 de la propuesta de Directiva relativa a los servicios en el mercado interior (COM(2004) 2 final, WP SEC(2003) 900 sobre la aplicación de las normas del mercado interior a los servicios de salud.

generales de protección de datos de la Unión Europea, así como por los requisitos de la legislación sobre privacidad electrónica en relación con las infraestructuras de comunicaciones⁴⁴. La exigencia de confidencialidad hace que la **seguridad** de los sistemas de información sanitaria resulte crítica. Existe una disposición en la Directiva general de protección de datos que prevé la creación de códigos de conducta para aspectos particulares tales como la salud, pero aún no se ha materializado. Otra cuestión jurídica importante es la de la **responsabilidad** en caso que surgir algún problema (tal como un mal funcionamiento técnico del sistema, la red o la prestación del servicio propiamente dicho) que perjudique gravemente a un paciente. Actualmente no existen directrices específicas ni normas sobre responsabilidad y, al igual que ocurre en cualquier ámbito emergente o en crecimiento, sólo con el incremento del uso de las aplicaciones de salud electrónica y del rendimiento de la asistencia sanitaria electrónica se conseguirá que su potencial resulte plenamente perceptible y se planteará cualquier incertidumbre jurídica que pueda subsistir⁴⁵. La Directiva de comercio electrónico⁴⁶, que crea un marco jurídico para la prestación de servicios de la sociedad de la información, resulta asimismo aplicable a la prestación de servicios de salud en línea. La Directiva, principalmente en virtud de su cláusula sobre mercado interior, contribuye a la seguridad jurídica y a la claridad necesarias en la prestación de servicios de la sociedad de la información en línea en toda la Comunidad. En particular, sus disposiciones sobre los requisitos de información y transparencia, las comunicaciones comerciales y la responsabilidad de los proveedores de servicios intermediarios, así como los principios básicos que establece en relación con los contratos electrónicos, establecen unos niveles elevados para la prestación de servicios en línea en todos los Estados miembros, contribuyendo así a reforzar la confianza de los consumidores. Podrían estudiarse nuevas medidas de demostrarse que una seguridad jurídica todavía mayor reforzaría la confianza de los pacientes en los servicios de salud electrónica. También podrían resultar de utilidad unas garantías semejantes en materia de cualificaciones. Generar **confianza** es un requisito previo para el desarrollo de la sociedad de la información, y en el campo de la salud electrónica probablemente más que en ningún otro. Los ciudadanos prefieren un servicio y una información ajustados a sus necesidades y requisitos, sabiendo al mismo tiempo que la protección de su derecho a la intimidad queda garantizada.

- Cuestiones relacionadas con la **movilidad** de los pacientes, incluida la circulación transfronteriza de bienes y servicios, dentro de la cual adquieren una importancia creciente los servicios de salud electrónica⁴⁷. En este contexto, hace falta una estrategia europea (que forma parte de la actual Comunicación sobre movilidad de los pacientes) para garantizar que los ciudadanos puedan ejercer su derecho a obtener asistencia en otro Estado miembro si lo desean y que la cooperación europea pueda contribuir a que los sistemas colaboren

⁴⁴ Véanse, por ejemplo, la *Directiva sobre protección de datos* 95/46/CE DO L 281 de 23.11.1995, la *Directiva sobre firmas electrónicas* 99/93/CE DO L 13 de 19.1.2000 o la *Directiva sobre la intimidad de las telecomunicaciones* 02/58/CE DO L 281 de 31.7.2002 que sustituyó a la 97/66/CE.

⁴⁵ Proyecto de documento de trabajo de la Comisión, *eEurope 2002Temas legales en Salud electrónica*. No publicado.

⁴⁶ Directiva 2000/31/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2000, relativa a determinados aspectos jurídicos de los servicios de la sociedad de la información, en particular el comercio electrónico en el mercado interior (Directiva sobre el comercio electrónico), DO L 178 de 17.7.2000, p.1.

⁴⁷ El tema de la movilidad de los pacientes se aborda concretamente en una Comunicación de la Comisión, COM(2004) 301, titulada *Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea*.

para dar mejor respuesta a los retos que tienen planteados. Recientemente para tener en cuenta todo esto: se ha actualizado el Reglamento 1408/71: constituye ahora un marco simplificado para la asunción de los costes derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza sobre la base de las tarifas en vigor en el Estado miembro en que se presta. No obstante, para poder beneficiarse de esta disposición de igualdad de trato, debe permitirse que las instituciones de la seguridad social, en determinadas circunstancias (y en particular en el caso de la asistencia hospitalaria) concedan una autorización previa a la prestación de la asistencia. Además, en enero de 2004 la Comisión adoptó una propuesta de directiva sobre los servicios en el mercado interior en la que se contempla la prestación transfronteriza de servicios de asistencia sanitaria⁴⁸.

- Es necesaria una mayor cooperación entre los proveedores de asistencia sanitaria en Europa para conseguir una implantación más amplia de la salud electrónica. Por este motivo, el **establecimiento de redes europeas de referencia**⁴⁹, recomendado por el Grupo operativo de alto nivel sobre movilidad de los pacientes en su informe final de 2003, permitiría aportar servicios de asistencia sanitaria en el caso de enfermedades, en particular las poco frecuentes, que exijan una concentración de recursos o conocimientos técnicos. Harán falta soluciones de salud electrónica interoperables para crear la plataforma técnica que permita llevar a la práctica tal iniciativa.
- **Necesidades e intereses de los usuarios.** La adopción de los sistemas y servicios de salud electrónica sería más rápida si se tomaran en consideración las necesidades y los intereses de los colectivos usuarios (profesionales de la salud, pacientes y ciudadanos). En general, convendría integrarlos mejor en el desarrollo y la promoción de la salud electrónica.
- **Acceso para todos a la salud electrónica.** La igualdad de acceso de todos los grupos sociales a los servicios de salud constituye un objetivo importante en el ámbito de la política de salud pública. Existe el riesgo de que algunos segmentos de la sociedad –tales como padres familias solitarias, colectivos aislados, comunidades de barrios deprimidos, personas con dificultades en la comunicación escrita y el manejo de números, grupos de inmigrantes, personas sin hogar, personas mayores y personas con discapacidades– queden excluidos de las posibilidades que ofrece la salud electrónica (incluidos los servicios de salud basados en Internet) si no se realiza un esfuerzo especial para contrarrestar estas tendencias. Por otra parte, la salud electrónica ofrece precisamente un potencial considerable para la prestación de servicios de salud a estas personas, grupos y colectivos.
- **Enfoque común y esfuerzos concertados de todas las partes interesadas.** Ninguna parte interesada puede conseguir por sí sola una implementación satisfactoria sin la cooperación activa de todas las demás. Cada una de ellas (autoridades sanitarias, profesionales, consumidores e industria) puede hacer imposible una implementación si no la considera beneficiosa. Sólo a través de un esfuerzo concertado de todas las partes interesadas será posible garantizar el éxito de una implementación de la que se beneficien todas ellas, creándose de esta manera una situación en la que todo el mundo sale favorecido.

⁴⁸ Véase nota 8. Véanse igualmente varias sentencias del Tribunal de Justicia tales como Kohll C-158/96 (1998) Rec-1931 y Decker C-120/95 (1998) Rec-1831.

⁴⁹ Estas redes o centros de referencia se conciben como servicios de asistencia especializados a los que se envían pacientes procedentes del extranjero. Véase también, DOUE 15.3.2003 C62/21. *Acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008) - Plan de trabajo 2003 (2003/C 62/06)*.

4. HACIA EL ESPACIO EUROPEO DE LA SALUD ELECTRÓNICA: PROBLEMAS Y ACCIONES

La salud electrónica forma parte de la estrategia eEurope de la Unión Europea. Puede desempeñar un papel esencial para conseguir un crecimiento más sostenido y crear puestos de trabajo altamente cualificados en una economía dinámica basada en el conocimiento, que son objetivos fijados por el Consejo Europeo de Lisboa en marzo de 2000⁵⁰. Para avanzar, será necesario intervenir en varias áreas de actuación importantes, que van desde la investigación y el despliegue de las redes de telecomunicaciones de banda ancha a las actuaciones en materia de salud pública, los trabajos de los Estados miembros tendentes a fomentar la movilidad de los pacientes⁵¹ y la evaluación de las repercusiones del envejecimiento de los europeos sobre los sistemas de asistencia sanitaria. Varias de las acciones bosquejadas en el presente documento se basan en medidas que figuran en el Plan de acción eEurope 2005 –punto de referencia del compromiso de llevar adelante la sociedad de la información a nivel europeo–, especialmente en los campos de la salud electrónica, la administración electrónica, la seguridad, la banda ancha y el desarrollo, análisis y difusión de las buenas prácticas.

Aunque las necesidades en materia de asistencia sanitaria sean de diferente escala y naturaleza en los países en desarrollo, merece la pena destacar que la salud electrónica formó parte de los resultados de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información de las Naciones Unidas de diciembre de 2003⁵², y que la Organización Mundial de la Salud está empeñada actualmente en diversas iniciativas en materia de salud electrónica.

4.1. Plan de acción

Mediante las acciones que a continuación se bosquejan, cabe esperar que la Unión Europea aproveche al máximo las posibilidades de los sistemas y servicios de salud electrónica dentro de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica. El objetivo cubre tres temas:

- cómo hacer frente a los retos comunes y crear el marco adecuado a favor de la salud electrónica,
- acciones piloto que sirvan de punto de partida para impulsar la salud electrónica
- la difusión de las mejores prácticas y la medida de los progresos conseguidos.

4.2. Tema 1: Hacer frente a los retos comunes

4.2.1. Liderazgo de las autoridades sanitarias

Los Ministros de Sanidad europeos han señalado ya el camino en su Declaración Ministerial⁵³ con motivo de la Conferencia Ministerial sobre salud electrónica de 2003. Los ministros saludaron la iniciativa de la Comisión de explorar las posibilidades de fomentar la coordinación a nivel europeo, proponiendo además conseguir las metas y objetivos fijados en

⁵⁰ Consejo Europeo (2000), *Conclusiones de la Presidencia*. Consejo Europeo de Lisboa. 23-24 de marzo de 2000.

⁵¹ Véase la Comunicación de la Comisión, COM(2004) 301, titulada *Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de la asistencia sanitaria en la Unión Europea*.

⁵² Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, *Informe y Plan de acción*, Diciembre de 2003.

⁵³ Declaración Ministerial, eHealth 2003, Bruselas, 22 de mayo de 2003.
http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

el Plan de acción eEurope y en el Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) establecido por la Decisión 1786/2002 y crear vínculos con otras iniciativas comunitarias. La Conferencia subrayó asimismo la importancia del seguimiento del proceso y de la evaluación comparativa mediante la elaboración de un método abierto de coordinación en esta área. Ahora, es preciso traducir estas palabras en acciones sobre la base de las estrategias regionales y nacionales de salud electrónica.

Para finales de 2005, cada Estado miembro debe elaborar una hoja de ruta nacional o regional en materia de salud electrónica. Esta hoja debe centrarse en el despliegue de los sistemas de salud electrónica, la fijación de objetivos en relación con la interoperabilidad y el uso de historias de salud electrónicas, y abordar cuestiones tales como el reembolso de los servicios de salud electrónica.

4.2.2. *Interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria*

Los Estados miembros han expresado la necesidad de respaldar las acciones de elaboración de normas que aborden la interoperabilidad de diversos sistemas y servicios, y de explorar en particular las posibilidades de las aplicaciones de software libre para lograr este objetivo. En este contexto, se hace especial hincapié en la necesidad de futuras normas que permitan disipar las inquietudes en materia de interoperabilidad en beneficio de todas las partes interesadas mediante la posible adopción de implementaciones de referencia de software libre para servicios asistenciales. Además, debe recomendarse un acceso abierto y más libre a las normas de salud electrónica presentes y futuras, inspirado en modelos tales como el World Wide Web Consortium⁵⁴. Debe fomentarse el intercambio de experiencias en el uso de normas abiertas y soluciones de fuente abierta entre las administraciones sanitarias de los Estados miembros.

4.2.2.1. Identificación de pacientes

La necesidad de identificar sin ambigüedades a las personas es un componente importante de la interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria. El Plan de acción eEurope 2005 respalda ya la elaboración de normas que favorezcan un enfoque común en materia de identificación de pacientes y arquitectura de las historias clínicas informatizadas. La nueva tarjeta sanitaria europea⁵⁵ incluye un número de identificación personal del paciente entre los datos que nos permitirán utilizar dicha tarjeta para ser atendidos fuera de nuestro Estado miembro.

Para finales de 2006, los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, deberían definir un enfoque común en materia de identificación de pacientes. Este enfoque debe tener en cuenta las mejores prácticas y las novedades en áreas tales como la tarjeta sanitaria europea y la gestión de la identidad de los ciudadanos europeos.

⁵⁴ <http://www.w3.org/>.

⁵⁵ DOUE de 27 de octubre de 2003.

4.2.2.2. Interoperabilidad de las historias de salud electrónicas

Para lograr un intercambio completo de información sanitaria en Europa es necesario que la información transferida entre los sistemas de información sanitaria tenga unas estructuras y ontologías comunes⁵⁶.

Para finales de 2006, los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, deberían definir y bosquejar unas normas de interoperabilidad de los mensajes de datos sanitarios y historias clínicas informatizadas, teniendo en cuenta las mejores prácticas y los trabajos de normalización pertinentes.

4.2.3. *Movilidad de los pacientes y de los profesionales de la salud*

Dentro de la Unión Europea, la movilidad de los pacientes y de los profesionales de la salud es cada vez mayor. La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes contiene varias propuestas encaminadas a hacer frente a los retos que ello plantea. Entre las recomendaciones figuran las de mejorar el intercambio de información y establecer centros de referencia especializados en información sanitaria.

La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes forma parte de una estrategia general sobre asistencia sanitaria, junto con la presente Comunicación y la relativa al método abierto de coordinación⁵⁷.

Se trabaja ya en la mejora de la información sobre movilidad de los pacientes y de los profesionales de la salud a nivel europeo, muy particularmente en el marco del grupo de trabajo de sistemas de salud encuadrado en el capítulo sobre información del programa de salud pública.

4.2.4. *Mejora de la infraestructura y las tecnologías*

Apoyándose en el énfasis que pone eEurope en acelerar el despliegue de las comunicaciones de banda ancha, deberían utilizarse éstas plenamente para favorecer los sistemas y servicios de salud electrónica. Las redes de banda ancha transportan grandes volúmenes de información y pueden abreviar críticamente el tiempo de acceso a la red, pudiéndose obtener en menos de un segundo respuestas a peticiones de información que a menudo resultan vitales en el contexto de la asistencia sanitaria. Pueden aportar beneficios considerables en términos de costes y rendimiento⁵⁸. La disponibilidad y asequibilidad resultan asimismo imprescindibles para garantizar un amplio despliegue. La convergencia a nivel de servicios (ofertas por los operadores de servicios apoyados en líneas fijas o en la telefonía móvil) abre nuevas

⁵⁶ Una ontología define los términos utilizados para describir y representar un área de conocimientos y de los que se sirven personas, bases de datos y aplicaciones que necesitan compartir información sobre un dominio (un dominio es un área temática específica, tal como la salud o la medicina). Véase <http://www.w3.org/TR/2002/WD-webont-req-20020307/>.

⁵⁷ El método abierto de coordinación en lo que se refiere a la asistencia sanitaria se aborda en la Comunicación de la Comisión COM(2004) 304 - *Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del «método abierto de coordinación»*.

⁵⁸ GAO Highlights (2003) *Tecnologías de la información. Ventajas realizadas en funciones seleccionadas de asistencia sanitaria*. GAO-04-224, Informe al Miembro de la Minoría, Comité de Salud, educación, trabajo y pensiones. U.S. Senate. United States General Accounting Office, USA. Véase <http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-04-224>.

posibilidades a las aplicaciones de salud electrónica. Las autoridades públicas pueden contribuir a estimular tanto la oferta como la demanda de banda ancha, en tanto que la financiación comunitaria puede ayudar a reforzar la oferta de banda ancha en zonas insuficientemente atendidas. Programas tales como eTen⁵⁹ o el nuevo programa IDABC⁶⁰ pueden también contribuir a apoyar las aplicaciones de salud electrónica y las redes de información sanitaria. Las acciones de la Comisión harán posible el desarrollo de redes informáticas de alcance europeo basadas en infraestructuras de banda ancha y tecnologías Grid⁶¹.

Durante el período 2004-2008, los Estados miembros deberían favorecer el despliegue de redes de información sanitaria para la salud electrónica basadas en infraestructuras de banda ancha fijas e inalámbricas, infraestructuras móviles y tecnologías Grid.

4.2.5. *Pruebas de conformidad y acreditación para el mercado de la salud electrónica*

Hace falta un conjunto de reglas y atributos concertados, más allá de las normas existentes, que definan los productos y servicios de buena calidad. Muchos países, como por ejemplo el Reino Unido y Bélgica, han avanzado en la acreditación de los sistemas de salud electrónica y están sirviendo de modelo para otras regiones. Otro ejemplo de ensayos de conformidad y acreditación son las directrices de la iniciativa Integrando las empresas de asistencia sanitaria en Europa (IHE)⁶².

Para mediados de 2005, la Comisión debería presentar un resumen de las mejores prácticas en Europa como orientación para los Estados miembros.

Para finales de 2007, los Estados miembros deberían adoptar regímenes de pruebas de conformidad y acreditación ajustados a las mejores prácticas.

⁵⁹ Los objetivos fundamentales del programa de trabajo eTen se centran en la utilización de redes de información fiables en materia de salud, salud pública y prevención a nivel transeuropeo. eTen se centra en las tarjetas de seguro de enfermedad electrónicas en tanto que componente de los sistemas de reembolso y gestión, apoyo paramédico, sistemas de salud en línea y asistencia en el hogar. Entre las prioridades para 2004 figura la mejora del acceso de las autoridades sanitarias y a los proveedores de asistencia sanitaria regionales a la asistencia sanitaria transfronteriza a través de la utilización de tarjetas de identificación «inteligentes», historias de salud electrónicas, asistencia sanitaria eficaz a la vista de los costes, acceso a datos médicos de calidad para casos de urgencia y respaldo a las autoridades sanitarias en la evaluación de las necesidades sanitarias y de la capacidad de planificación. Más detalles en <http://europa.eu.int/eten/>.

⁶⁰ COM(2004) 13 final, 2003/0147 (COD) *Posición común adoptada por el Consejo con vistas a la adopción de una Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la prestación interoperable de servicios paneuropeos de administración electrónica al sector público, las empresas y los ciudadanos (IDAbc)* http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2004/com2004_0013en01.pdf.

⁶¹ Las tecnologías Grid hacen posible «la compartición de recursos y la resolución de problemas coordinadamente en organizaciones virtuales dinámicas». Véase Foster, I. and C. Kesselman (1999) *El GRID, Modelo para una nueva infraestructura informática*. San Francisco: Morgan Kaufman.

⁶² Véase <http://www.cocir.org/>.

4.2.6. *Impulsar la inversión*

Hace falta un enfoque compartido por los Estados miembros para respaldar e impulsar la inversión en salud electrónica. Existen ya estructuras de financiación regionales⁶³ (por ejemplo, los fondos regionales INTEREG III) en la Comisión Europea, así como varias otras actividades de colaboración internacional. Podría buscarse financiación adicional capaz de impulsar el desarrollo de la salud electrónica en el Banco Europeo de Inversiones. Este Banco invierte actualmente en una amplia gama de proyectos subvencionables si resultan beneficiosos para la política sanitaria. El Banco Mundial ofrece también posibilidades de financiación de los programas internacionales de salud electrónica tanto para la Unión Europea como a nivel mundial.

Para finales de 2006, debería consolidarse un enfoque de colaboración entre los Estados miembros para respaldar e impulsar la inversión en salud electrónica.

4.2.7. *Cuestiones jurídicas y reglamentarias*

Haría falta contar con una base de partida para una calificación europea normalizada de los servicios de salud electrónica en entornos clínicos y administrativos. Además, resultaría beneficiosa la certeza de que existe responsabilidad con respecto a los productos y servicios de salud electrónica en el contexto de la actual legislación sobre responsabilidad en relación con los productos. La evolución de la tecnología de la información y las comunicaciones debería contribuir a que el entorno de trabajo de los médicos fuera más seguro, y cada vez resulta más necesaria una mayor seguridad jurídica en relación con los servicios de salud electrónica en el contexto de la libre circulación de personas, bienes y servicios.

Para finales de 2009, la Comisión Europea, en colaboración con los Estados miembros, debería emprender actividades tendentes a:

- Establecer una base de partida para una calificación europea normalizada de los servicios de salud electrónica en entornos clínicos y administrativos.
- Aportar un marco que permita gozar de una mayor seguridad jurídica en la existencia de responsabilidad con respecto a los productos y servicios de salud electrónica en el contexto de la actual legislación sobre responsabilidad en relación con los productos.
- Mejorar la información de los pacientes, de los seguros sanitarios y de los proveedores de asistencia sanitaria en relación con las normas aplicables a la asunción de los costes de los servicios de salud electrónica.
- Promover la salud electrónica con el fin de reducir los accidentes y las enfermedades laborales y apoyar las acciones preventivas en caso de aparecer nuevos riesgos en el trabajo.

⁶³ Véanse en particular las disposiciones de las *Guía de criterios y modalidades para la implementación de los fondos estructurales en apoyo de las comunicaciones electrónicas*. (Doc. SEC(2003) 895, 28.7.2003).

4.3. Tema 2: Acciones piloto: acelerar la implementación ventajosa

4.3.1. Información a ciudadanos y autoridades sobre educación sanitaria y prevención de enfermedades

En el contexto de su programa de salud pública, la Comisión está preparando el establecimiento de un portal sobre salud pública de alcance europeo que constituirá una plataforma informática flexible para difundir información basada en evidencias sobre la salud pública de interés para los ciudadanos europeos, así como un punto de acceso único a la información sanitaria.

La Comisión cofinancia igualmente el desarrollo de un conjunto de criterios de calidad para páginas web relacionadas con la salud («sellos web»). Su propósito es reforzar la transparencia de las páginas web relacionadas con la salud en interés de los proveedores de servicios serios y de los usuarios, sean simples ciudadanos o profesionales de la salud.

El fortalecimiento del sistema de vigilancia sanitaria de enfermedades transmisibles, haciendo hincapié en la recogida en tiempo real de datos y análisis clínicos y de laboratorio, consolidará la capacidad de alerta temprana a nivel nacional y comunitario. Mejorará asimismo la vigilancia de las enfermedades que más preocupan y de las posibles amenazas bioterroristas.

La preparación de información estadística válida y fiable sobre la asistencia sanitaria a nivel europeo, solicitada tanto por los Estados miembros como por los servicios de la Comisión, podrá beneficiarse enormemente de la identificación única de los pacientes, las normas comunes y los protocolos. De esta manera, se podrá poner en manos de los responsables de adoptar decisiones y del público interesado una información mejor en unos plazos más adecuados.

Para finales de 2005, un portal sobre salud pública de la Unión Europea permitirá acceder a la información sobre salud pública a nivel europeo. Otros portales sanitarios ofrecerán información específica sobre la seguridad en el trabajo y los riesgos laborales para la salud.

Para finales de 2005, se fortalecerán la alerta temprana, la detección y la vigilancia de las amenazas a la salud a través de herramientas mejoradas de tecnologías de la información y las comunicaciones.

4.3.2. Hacia unas redes de información sanitaria integradas

Las redes de información sanitaria enlazan hospitales, laboratorios, farmacias, centros sociales y centros de atención primaria, que de esta forma pueden comunicarse de manera segura. Entre los ejemplos cabe citar los sistemas de mensajería normalizados, tales como la prescripción electrónica y el reenvío electrónico, y la prestación de servicios de telemedicina tales como la teleconsulta (segunda opinión médica) o la teleasistencia (seguimiento de los pacientes en su hogar).

Para finales de 2008, la mayoría de las entidades sanitarias europeas y de los niveles de prestación de asistencia (barrios, municipios, comarcas) deberían estar en condiciones de prestar servicios en línea tales como la teleconsulta (segunda opinión médica), la prescripción electrónica, el reenvío electrónico, el teleseguimiento y la teleasistencia.

4.3.3. *Promoción del uso de tarjetas en la asistencia sanitaria*

Son dos los tipos de tarjeta que pueden utilizarse en el sector de la asistencia sanitaria: las tarjetas de datos sanitarios y las tarjetas sanitarias (de seguro de enfermedad). Las tarjetas de datos sanitarios pueden contener datos útiles en caso de urgencia (tales como grupos sanguíneos, patologías, tratamientos) o historias médicas, o hacer posible el acceso a estos datos a través de una red segura. Las tarjetas sanitarias permiten acceder a la asistencia sanitaria y facilitan su gestión y facturación.

En relación con la tarjeta sanitaria europea, se han adoptado decisiones tendentes a iniciar su implantación a partir del 1 de junio de 2004. Esta tarjeta sustituirá a todos los formularios en papel que actualmente se precisan para beneficiarse de la asistencia necesaria desde un punto de vista médico en casos de desplazamiento temporal (turismo, trabajo en el extranjero, estudios, etc.). En lo que se refiere a la salud, el Plan de acción eEurope 2005 propone la realización de acciones que tomen como punto de partida la tarjeta sanitaria europea. Se iniciarán actividades en favor de la adopción de enfoques comunes en los Estados miembros en relación con las historias clínicas informatizadas, los conjuntos de datos para casos de urgencia y los identificadores electrónicos de pacientes.

Fomento de la utilización de tarjetas en el sector sanitario. Adopción de la implantación de una tarjeta sanitaria electrónica **para 2008**.

4.4. **Tema 3: Colaboración y seguimiento de las prácticas**

4.4.1. *Difusión de las mejores prácticas*

El desarrollo satisfactorio de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica dependerá de la puesta en común de las mejores prácticas y de las experiencias en toda la Unión, a medida que se despliegan los sistemas y se reorganizan las entidades. La Comisión debe desempeñar un papel protagonista en la expansión de esta actividad. Las experiencias podrían ser bilaterales o multilaterales entre Estados miembros, ya que los Estados miembros pueden encontrarse en fases muy distintas del proceso de desarrollo e implementación. Debe prestarse atención a la compartición de experiencias sobre la utilización y las repercusiones de las aplicaciones de salud electrónica, así como en cuanto a los enfoques tendentes a garantizar la interoperabilidad de los distintos sistemas y servicios, pero respetando siempre la tradición multicultural y plurilingüe de los sistemas de asistencia sanitaria europeos. Las aplicaciones de fuente abierta podrían desempeñar un papel importante en el logro de la interoperabilidad.

La salud electrónica debe estar respaldada por la difusión generalizada de las mejores prácticas. Entre ellas deberían figurar el impacto sobre el acceso a la asistencia sanitaria y sobre su calidad, la evaluación de la relación coste/beneficio y de las mejoras de la productividad, así como ejemplos de maneras de hacer frente al problema de la responsabilidad en los servicios de telemedicina, regímenes de reembolso y acreditación de productos y servicios de salud electrónica.

En 2004, debería establecerse un foro de alto nivel sobre salud electrónica, cuya misión sería

prestar apoyo a los servicios de la Comisión. Deberían formar parte del mismo todas las partes interesadas que resultase necesario, incluidas las autoridades hospitalarias de nivel nacional, regional o local, gracias a lo cual resultaría posible que los servicios de la Comisión conocieran el estado de desarrollo actual y previsto de la salud electrónica en los Estados miembros. Su cometido sería el seguimiento de las diversas hojas de ruta y la definición de nuevas acciones, haciendo particular hincapié en los usuarios y en el acceso de todos a la salud electrónica, así como la creación de una sólida base de testimonios justificativos de la salud electrónica. Los trabajos del foro de la salud electrónica estarán también estrechamente relacionados con la ejecución del programa comunitario de salud pública.

Durante el período 2004-2008, los Estados miembros, con el apoyo de la Comisión Europea, organizarán actos especiales tales como conferencias de alto nivel con el fin de difundir las mejores prácticas.

Paralelamente, **para finales de 2005**, la Comisión Europea, con aportaciones de los Estados miembros, debería crear un medio eficaz de difundir las mejores prácticas y respaldar las acciones dentro del Espacio Europeo de la Salud Electrónica.

4.4.2. Evaluación comparativa

También resulta imprescindible medir los progresos registrados. Una evaluación comparativa adecuada de la concienciación de los ciudadanos ante la salud electrónica y de la manera en que la utilizan en la práctica con eficiencia resultará esencial para preparar futuras medidas en materia de salud electrónica.

Esto obliga a evaluar y cuantificar el valor añadido que se espera obtener de la salud electrónica. Obliga igualmente a examinar la manera en que las soluciones de salud electrónica contribuyen a afrontar los retos clave en materia de salud, en particular en lo que se refiere al empleo, el acceso y la equidad. Estas medidas deben ir acompañadas de un seguimiento adecuado del impacto de la salud electrónica sobre la salud y la asistencia sanitaria en la Comunidad. Todas las partes interesadas deben participar en este proceso, cuyas aportaciones permitirán introducir ulteriores mejoras en los sistemas y servicios de salud electrónica.

Durante el periodo 2004-2010, la Comisión Europea publicará cada dos años un estudio sobre el estado del arte en materia de despliegue, con ejemplos de mejores prácticas y beneficios asociados a la salud electrónica.

Para comienzos de 2005, los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, deberían concertar un enfoque global en relación con la evaluación comparativa con el fin de evaluar los impactos cuantitativos, incluidos los económicos, y cualitativos de la salud electrónica.

4.4.3. Colaboración internacional

Lo que hagamos en Europa en materia de salud electrónica puede tener una influencia importante a la hora de afrontar los retos mundiales que plantea la salud dentro de una sociedad de la información. Puede servir de complemento a los trabajos iniciados por la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (CMSI) de las Naciones Unidas

celebrada en diciembre de 2003, así como a las iniciativas concretas que está desarrollando la Organización Mundial de la Salud.

Es necesario completar una evaluación del desarrollo de la salud electrónica antes de que tenga lugar la segunda parte de la Cumbre Mundial en Túnez **en 2005**.

5. CONCLUSIONES

La salud electrónica brinda a los ciudadanos europeos importantes oportunidades de mejorar el acceso a unos sistemas sanitarios de más calidad. Puede reforzar la capacidad de decisión tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud. Gracias a las mejoras sustanciales en la productividad que promete, ofrece a los gobiernos y a los contribuyentes un medio de hacer frente a la creciente demanda de servicios de asistencia sanitaria. También puede contribuir a reconfigurar el futuro de la prestación de asistencia sanitaria, consiguiendo que se centre más en el ciudadano.

El Espacio Europeo de la Salud Electrónica servirá de marco para el intercambio de mejores prácticas y de experiencias. Con el tiempo, hará posible el establecimiento de enfoques comunes para problemas igualmente comunes. Este Plan de acción se centra en una serie de acciones concretas encaminadas a conseguir que todo esto suceda, de manera que para finales de la presente década:

- La Unión Europea esté en condiciones de medir la repercusión de la salud electrónica en términos de mejora del acceso y mejora y mayor eficiencia de los servicios, así como en la productividad global del sector de la asistencia sanitaria.
- La salud electrónica se haya convertido en algo cotidiano para los profesionales de la salud, los pacientes y los ciudadanos y que, cuente con unos recursos adecuados dentro de los presupuestos de salud y contribuya a la consecución de objetivos más generales, tales como la competitividad, la creación de empleo y la cohesión.

ANEXO

Resumen de las acciones

Acción	Plazo	Responsabilidad
Nota: Dentro de cada uno de los temas (hacer frente a los retos comunes, acciones piloto y colaboración y seguimiento de las prácticas), las acciones se enumeran <i>secuencialmente</i> .		

Tema 1: Hacer frente a los retos comunes		
La Comunicación sobre la movilidad de los pacientes forma parte de una estrategia general sobre asistencia sanitaria, junto con la presente Comunicación y la relativa al método abierto de coordinación Se trabaja ya en la mejora de la información sobre movilidad de los pacientes y de los profesionales de la salud a nivel europeo, muy particularmente en el marco del grupo de trabajo de sistemas de salud encuadrado en el capítulo sobre información del programa de salud pública.	2004	Comisión
Para mediados de 2005, la Comisión debería presentar un resumen de las mejores prácticas en Europa como orientación para los Estados miembros.	Mediados de 2005	Comisión
Para finales de 2005, cada Estado miembro debe elaborar una hoja de ruta nacional o regional en materia de salud electrónica. Esta hoja debe centrarse en el despliegue de los sistemas de salud electrónica, la fijación de objetivos en relación con la interoperabilidad y el uso de historias clínicas informatizadas y abordar cuestiones tales como el reembolso de los servicios de salud electrónica.	Finales de 2005	Estados miembros
Para finales de 2006, los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, deberían definir un enfoque común en materia de identificación de pacientes. Este enfoque debe tener en cuenta las mejores prácticas y las novedades en áreas tales como la tarjeta sanitaria europea y la gestión de la identidad de los ciudadanos europeos.	Finales de 2006	Estados miembros, Comisión
Para finales de 2006, los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, deberían definir y bosquejar unas normas de interoperabilidad de los mensajes de datos sanitarios y las historias clínicas informatizadas, teniendo en cuenta las mejores prácticas y los trabajos de normalización pertinentes.	Finales de 2006	Estados miembros, Comisión
Para finales de 2006, debería consolidarse un enfoque de	Finales	Estados

colaboración entre los Estados miembros para respaldar e impulsar la inversión en salud electrónica.	de 2006	miembros
Para finales de 2007, los Estados miembros deberían adoptar regímenes de ensayos de conformidad y acreditación ajustados a las mejores prácticas.	Finales de 2007	Estados miembros
Durante el período 2004-2008, los Estados miembros deberían favorecer el despliegue de redes de información sanitaria para la salud electrónica basadas en infraestructuras de banda ancha fijas e inalámbricas, infraestructuras móviles y tecnologías Grid.	2004-2008	Estados miembros
Para finales de 2009, la Comisión Europea, en colaboración con los Estados miembros, debería emprender actividades tendentes a: Establecer una base de partida para una calificación europea normalizada de los servicios de salud electrónica en entornos clínicos y administrativos. Aportar un marco que permita gozar de una mayor seguridad jurídica en la existencia de responsabilidad con respecto a los productos y servicios de salud electrónica en el contexto de la actual legislación sobre responsabilidad en relación con los productos. Mejorar la información de los pacientes, de los asegurados sanitarios y de los proveedores de asistencia sanitaria en relación con las normas aplicables a la asunción de los costes de los servicios de salud electrónica. Promover la salud electrónica con el fin de reducir los accidentes y las enfermedades laborales y apoyar las acciones preventivas en caso de aparecer nuevos riesgos en el trabajo.	Finales de 2009	Comisión, Estados miembros
Tema 2: Acciones piloto: acelerar la implementación ventajosa		
Para finales de 2005, un portal sobre salud pública de la Unión Europea permitirá acceder a la información sobre salud pública a nivel europeo. Otros portales sanitarios ofrecerán información específica sobre la seguridad en el trabajo y los riesgos laborales para la salud. Para finales de 2005, se fortalecerán la alerta temprana, la detección y la vigilancia de las amenazas a la salud a través de herramientas mejoradas de tecnologías de la información y las comunicaciones.	Finales de 2005	Comisión
Fomento de la utilización de tarjetas en el sector sanitario.	2008	Comisión,

Adopción de la implantación de una tarjeta de seguro de enfermedad electrónica para 2008.		Estados miembros
Para finales de 2008, la mayoría de las entidades sanitarias europeas y de niveles de prestación de asistencia (barrios, municipios, comarcas) deberían estar en condiciones de prestar servicios en línea tales como la teleconsulta (segunda opinión médica), la prescripción electrónica, el reenvío electrónico, el teleseguimiento y la teleasistencia.	Finales de 2008	Estados miembros
Tema 3: Colaboración y seguimiento de las prácticas		
En 2004, debería establecerse un foro de alto nivel sobre salud electrónica, cuya misión sería prestar apoyo a los servicios de la Comisión. Deberían formar parte del mismo todas las partes interesadas que resultase necesario, incluidas las autoridades hospitalarias de nivel nacional, regional o local, gracias a lo cual resultaría posible que los servicios de la Comisión conocieran el estado de desarrollo actual y previsto de la salud electrónica en los Estados miembros. Su cometido sería el seguimiento de las diversas hojas de ruta y la definición de nuevas acciones, haciendo particular hincapié en los usuarios y en el acceso de todos a la salud electrónica, así como la creación de una sólida base de testimonios justificativos de la salud electrónica. Los trabajos del foro de la salud electrónica estarán también estrechamente relacionados con la ejecución del programa comunitario de salud pública.	2004	Comisión
Para comienzos de 2005, los Estados miembros, en colaboración con la Comisión Europea, deberían concertar un enfoque global en relación con la evaluación comparativa con el fin de evaluar los impactos cuantitativos, incluidos los económicos, y cualitativos de la salud electrónica.	Principios de 2005	Estados miembros, Comisión
Para finales de 2005, la Comisión Europea, con aportaciones de los Estados miembros, debería crear un medio eficaz de difundir las mejores prácticas y respaldar las acciones dentro del Espacio Europeo de la Salud Electrónica.	Finales de 2005	Comisión, Estados miembros
Es necesario completar una evaluación del desarrollo de la salud electrónica antes de que tenga lugar la segunda parte de la Cumbre Mundial en Túnez en 2005.	2005	Comisión, Estados miembros
Durante el período 2004-2008, los Estados miembros, con el apoyo de la Comisión Europea, organizarán actos especiales tales como conferencias de alto nivel con el fin de difundir las mejores prácticas.	2004-2008	Estados miembros, Comisión
Durante el periodo 2004-2010, la Comisión Europea publicará cada dos años un estudio sobre el estado del arte en materia de despliegue, con ejemplos de mejores prácticas y beneficios	2004-2010	Comisión

asociados a la salud electrónica.		
-----------------------------------	--	--