

## La tarjeta sanitaria, Centro del sistema nacional de salud



De izquierda a derecha: V. Barranco, J. García-Cruces, C. Cendra, V. Perdomo, J. García-Ganges, F. Torres, M. Escribano y J. Cubelos.

### Participantes:

**Víctor Barranco Ortega.** Jefe Servicio Tarjeta Sanitaria. Ministerio Sanidad y Política Social.

**Víctor Perdomo Cabrera.** Jefe de Servicio de Sistemas Electromédicos y de Información. Secretaría General del Servicio Canario de Salud.

**Jesús García-Cruces Méndez.** Director General de Desarrollo Sanitario. Castilla y León.

**María Teresa Escribano.** Departamento de Salud y Consumo de Aragón.

**Fabián Torres Suárez.** Global Director BC Health. Steria.

**Carlos Cendra Armijo.** Director del Área de E-Salud. Mensor Consulting.

**José Cubelos Pascual.** Director del área de salud. INDRA.

Moderador: **José I. García Ganges Fernández de la Puente.** Fundación Signo.

Organizan: **José I. García Ganges Fernández de la Puente, Cristina Leube Jiménez, Ángel J. Pérez Gómez**

Transcripción: **Noelia Padrazo**

**J. G<sup>a</sup> Ganges.** Quiero agradecer, en nombre de la Fundación Signo, vuestra presencia para tratar de la situación de la Tarjeta Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud y ver la situación en la que nos encontramos. Las preguntas que, a nivel orientativo, os hemos propuesto para iniciar el debate son:

- La TS identificador único y sincronizado de todo el SNS ¿Por qué es diferente en tecnología y contenido en cada Comunidad Autónoma?, ¿existen problemas técnicos?
- ¿Cómo afecta el desarrollo de la Tarjeta Sanitaria a la implantación de la Historia Clínica (HCE), de la Receta Electrónica (RE) y del Almacenamiento digital de los exámenes de diagnóstico (PACS)?
- ¿Sería conveniente centralizar el mantenimiento de la base de datos de Tarjeta Sanitaria en un Nodo Central?
- ¿Ayuda la industria a implantar plataformas tecnológicas y soluciones homogéneas o la innovación necesaria de la heterogeneidad?
- ¿Dónde nos encontramos respecto al resto de Europa?

No obstante os recuerdo que estamos ante una mesa totalmente abierta en la que disponéis de plena libertad.

Creo que Víctor, como representante del Ministerio, puede darnos una primera aproximación al tema de hoy.

**V. Barranco.** Comparto el título del Punto de Encuentro. Efectivamente la TS está en el centro del Sistema Nacional de Salud. Estamos en un sistema que presta servicios sanitarios a los ciudadanos y la Tarjeta Sanitaria lo que hace es identificarlos y facilitarles el acceso a las prestaciones del Sistema.

La base de datos de población protegida por el SNS está ubicada en el Ministerio de Sanidad y Política Social, su mantenimiento y los desarrollos necesarios se realizan desde el Nodo Central.

La base de datos de población protegida por el Sistema Nacional de Salud se crea a raíz de las transferencias sanitarias a las últimas 10 Comunidades Autónomas (año 2002), las cuales firman un Convenio para crear una base de datos común y continuar asignando el Código de Identificación Personal (CIP) de servicio de salud centralizadamente, siguiendo un mismo algoritmo, porque consideraban que era una medida eficaz para evitar duplicidades. La aplicación del Convenio coincidió en el tiempo con el debate, y posterior aprobación, en el Congreso de los Diputados de la Ley de Cohesión y Calidad, la cual obligaba a crear en el Ministerio de Sanidad una base de datos de tarjetas para la asignación de un código único de identificación de usuarios del Sistema Nacional de Salud. A partir de ahí se fueron sumando Comunidades (primero Canarias, luego Navarra, Galicia, Valencia y Andalucía), en la actualidad sólo quedan pendientes de incorporarse el País Vasco y Cataluña que ya están en la fase final del proceso de integración y sincronización de su información a la base de datos de población protegida SNS.

Nos ponemos en marcha con un proyecto, cuando en todas las Comunidades Autónomas ya está extendida la Tarjeta Sanitaria a prácticamente el 100% de la población. Por ello, reconducirlo a una tarjeta igual para todos no tenía muchas posibilidades y probablemente tampoco mucho sentido, de forma que más que una base de datos de tarjeta sanitaria tenemos una base de datos de tarjetas sanitarias.

La base de datos se creó con un pequeño conjunto de datos que se defi-

nieron como imprescindibles para identificar de manera inequívoca a cada ciudadano con derecho a prestación sanitaria y poder asignarle el código único de usuario del Sistema Nacional de Salud, con un sistema de intercambio seguro de información, mediante mensajes xml que facilitaba la interoperabilidad entre los sistemas locales de las CCAA y el del SNS, independientemente del sistema que usase cada una de ellas.

La información de la base de datos de población protegida por el SNS, altas, bajas y actualizaciones, es aportada, mantenida y gestionada por las CCAA, y la base facilita el intercambio de información entre cada una de las Comunidades Autónomas. También permite obtener un mayor rendimiento de los cruces con otras entidades relacionadas con la asistencia sanitaria, Seguridad Social, Mutualidades de funcionarios, INE, etc.

Consideramos que el nivel de calidad de la información de la Base de datos es muy elevado y que está prestando un gran servicio a las Comunidades Autónomas para la gestión de la población. Una parte de los procesos se ejecuta on line (altas y consultas) y otros off line (actualizaciones y fundamentalmente las bajas), debido a la existencia de estos procesos off line puede producirse alguna inconsistencia temporal de la información, por ello estamos desarrollando funcionalidades que nos permitan ir corrigiendo puntualmente estos pequeños desajustes.

Con la implantación de la historia clínica digital, y a medida que se vaya desarrollando, con la receta electrónica, se va a potenciar el papel de la base de datos de población protegida.

Está pendiente una parte importante del proyecto de tarjeta TS, a nivel SNS, que es la explotación de la información,

esta explotación tiene que decidirla el Consejo Interterritorial. En su día nos permitirá conocer la distribución de la población por territorios, por edad, por sexos, por municipios, por tipos de aseguramiento, etc.

La Tarjeta Sanitaria permite al ciudadano moverse por el territorio nacional y recibir la asistencia sanitaria a la que tiene derecho, y si, por ejemplo, olvida la tarjeta, gracias a la base de datos del SNS, puede ser atendido en cualquier lugar sólo presentando el DNI. También puede, a nivel de su CCAA, ejercer la libre elección de médico a título individual. A nivel de CCAA, para los gestores sanitarios la tarjeta permite conocer los ciudadanos adscritos a médicos generalistas, pediatras, enfermeras, fisioterapeutas, etc. Porque el sistema de tarjeta en las CCAA también incluye una base de datos de centros y de profesionales, contemplando la vinculación de los ciudadanos con los recursos humanos, físicos y tecnológicos del área, por tanto se cuenta con información útil para la distribución de los recursos presupuestarios. La agregación de la información del sistema de tarjeta permite obtener un cuadro de mando para un determinado nivel de gestión, que puede ser el área, la Comunidad Autónoma, etc.

La TS, a nivel de CCAA, es un sistema de información tremendamente potente que ha permitido el desarrollo de programas de salud, de la organización asistencial, la implantación de la cartera de servicios, los contratos programa, etc. Diferentes modalidades de gestión se apoyan en esa base de datos.

A nivel del Ministerio, con las competencias para la gestión ya transferidas, contamos con la base de datos de tarjetas del SNS, con los datos de identificación básica de cada persona y el código de usuario del SNS asignado, la CCAA a la que está adscrita, la modalidades

de aseguramiento y fundamentalmente el tema de la prestación farmacéutica que es un dato básico.

En la TS cada comunidad ha puesto en el anverso los datos que le resultan más útiles para su gestión, además de los mínimos obligatorios: de identificación del titular de la tarjeta, administración sanitaria emisora de la tarjeta, código de identificación personal de Servicio de Salud asignado y prestación farmacéutica a la que tiene derecho. Unas CCAA han puesto un chip y otras, la mayoría, una banda magnética. A nosotros, desde el Ministerio de Sanidad, nos tocó diseñar un programa de lectura de estos dispositivos para poder acceder a la información del titular en la base de datos del SNS, programa distribuido a las CCAA hace varios años.

**J. Cubelos.** Por completar lo que se ha dicho sobre lo conseguido en el Sistema Nacional de Salud y las Comunidades Autónomas –en cuanto a poder articular elementos alrededor de la TS, de la identificación de los pacientes y poder tener la referencia de quién tiene derecho a prestaciones, incluso canali-

zarlas de manera más cómoda– y por plantear incógnitas, señalaría que el uso que hasta ahora hemos hecho los ciudadanos de lo que es la TS es pobre, porque no deja de ser un elemento de identificación administrativo, con todo lo bueno que eso significa, pero todavía nos hacen falta servicios donde el propio ciudadano empiece a ver la utilidad, empezando por el propio uso asistencial.

Creo que aún nos quedan algunos retos, tecnológicos y de coordinación aparte, como conseguir que sea la puerta de entrada a la información de las áreas asistenciales del sistema de salud. En la actualidad tenemos acceso a las historias personales de nuestros impuestos, las historias personales de la vida laboral, pero no tenemos acceso a nuestra historia personal de salud del conjunto de actuaciones públicas y privadas (la sanidad privada en España supone el 30% y sin ella nuestro sistema, del que podemos enorgullecernos, no podría mantener el nivel de calidad actual). Otros usos serían el poder identificar aquellos programas que para la sostenibilidad del sistema son claves, como el tema de los crónicos, o la identificación en los sitios donde hay cesión capitativa para determinadas prestaciones.

---

*El siguiente paso, además del asistencial, sería poder crear "inteligencia sanitaria": poder extraer información para la toma de decisiones.*

J. Cubelos

---

Todo este tipo de transacciones, más allá de lo administrativo, van a ir apareciendo en los próximos 10 años alrededor de la identificación "Tarjeta" o como lleguemos a llamar al identificador sanitario adecuado.

El siguiente paso, además del asistencial, sería poder crear "inteligencia sani-



J. Cubelos

taria”: poder extraer información para la toma de decisiones que permita seguir haciendo del sistema un sistema sostenible, que nos permita dar inteligencia al tratamiento de muchos casos específicos e identificar a aquellos que puedan abrir posibilidades de proactividad de los sistemas sanitarios para poder reducir o gestionar más adecuada y eficientemente sus costes.

**V. Perdomo.** Difiero en parte de lo que se decía. No creo que se haga un uso pobre de la TS. Estoy de acuerdo con Víctor Barranco en que la TS no es tan sólo una base de datos, ni tan siquiera el soporte físico de información. Para nosotros, la TS es la llave del sistema asistencial. Va mas allá de un soporte físico, es un sistema de información en sí y es la puerta de entrada a los servicios asistenciales. Por ejemplo, se puede acceder a la historia clínica de un paciente en atención primaria a través de la web del Servicio Canario de Salud; para ello se necesita un certificado digital, que puede ser el propio DNI (los datos de la TS, en un momento determinado, podrían estar integrados en el DNI y desaparecer ésta).

En el Sistema Canario de Salud es la base para identificar al paciente y sus prestaciones. La TS, tenga chip, tenga banda, o tenga lo que aporte la tecnología, lo que si debe tener es un conjunto mínimo de datos a nivel nacional que permitan la identificación del paciente e identifique las prestaciones a las que tiene derecho.

**J. Cubelos.** He querido poner temas críticos sobre el uso de la TS en el sentido de que si comparas las tarjetas que llevamos encima cada uno de nosotros (DNI, tarjetas de crédito, tarjetas sanitarias, etc.) y el uso que hacemos de cada una ellas, vemos que hay una gran diferencia. Creo que se ha conseguido mucho, pero los retos para saber en qué podemos usarla, pertenecerían por el



V. Perdomo

título “Innovación en Tic” a la línea de Puntos de Encuentros en laos que estamos participando, donde deberíamos apuntar.

---

*El NODO central del Sistema Nacional de Salud no sólo es conveniente, sino que es necesario e incluso, en el futuro, sería necesario un nodo central a nivel europeo.*

V. Perdomo

---

**V. Perdomo.** Me refería más al sistema de información de Tarjeta Sanitaria. Quiero recalcar que eso es lo que vincula la historia clínica de todos los hospitales a un paciente; es la base de datos poblacional del Servicio Canario de Salud; es la base de datos utilizada para atención primaria y, al tener vinculada atención primaria con atención hospitalaria, la TS es el nexo de unión entre ambos. Es la espina dorsal del sistema asistencial. A partir de ahí podemos construir una historia clínica única: actualmente cualquier ciudadano con un certificado digital puede acceder a su HC de atención primaria a través de la web del SCS.

Por todo lo dicho, entendemos que el NODO central del Sistema Nacional de Salud no sólo es conveniente, sino que es necesario e incluso, en el futuro, sería necesario un nodo central a nivel europeo.

**M. Escribano.** Desde luego, la TS en absoluto es algo minimizable. Con los datos que tiene, nos sirve para multitud de cosas en cualquier Comunidad Autónoma y no necesita más, es decir, el soporte que da ese sistema de información nos está sirviendo, por ejemplo, para hacer campañas de vacunación y con esto hemos conseguido vacunar a un 70% de la población de riesgo. Pongo ese ejemplo por nombrar cosas útiles para los ciudadanos. Indudablemente sirve para hacer las nóminas, porque en nuestro caso las nóminas de los médicos van en relación con la población que tienen asignada y esa población a veces varía. (Se nota mucho cuando se incorpora una nueva comunidad a la TS, porque se dan de baja un bloque de pacientes y se incorporan otros, afectando también la afeción de los pacientes a los facultativos.

---

*La TS se le asigna a todo el mundo cuando nace. Veo a la TS como el más viable documento identificador único en el futuro.*

M. Escribano

---

Por otra parte creo que a veces es más válida que el DNI, porque la TS se le asigna a todo el mundo cuando nace. Ahora que en Aragón están con la firma digital, queríamos que nos vinculasen a la TS, mejor que al DNI, las reclamaciones por vía telemática, porque un niño de 12 años pueda hacernos su escrito con su TS, que tiene desde que nace, mientras que el DNI no tiene por qué tenerlo todavía.

Sin embargo tengo una especie de disociación: por un lado soy acérrima



M. Escribano

de las nuevas tecnologías pero por otro lado me sale la vena ética y, cuando oigo hablar de un chip con todos los datos asistenciales dentro, me da pavor porque, si esa TS se pierde, los datos sanitarios son muy sensibles. Tener acceso a que podamos entrar y que todo el mundo pueda acceder a nuestra historia cuando vamos a cualquier sitio es muy importante, pero extrapolar eso a que todo esté dentro de un chip, creo que se debe hacer un poco de reflexión: datos sí, pero para poder acceder a ellos; no para llevarlos encima.

**V. Barranco.** No hay una única TS del SNS, lo que hay es un código único de identificación de usuario del SNS asignado por la base de datos de población protegida por el SNS. Desde el principio no se planteó que la TS fuese única.

Cuando se iniciaron las conversaciones para crear una base de datos de la población atendida por el Sistema Nacional de Salud (años 93-94), ya se estaba implantando la Tarjeta Sanitaria en todas las comunidades, a diferente ritmo y con una idea de utilización diferente en cada territorio (comunidades

con las competencias transferidas, por un lado, e INSALUD por otro), como objetivo común tenían la identificación individualizada del ciudadano para su acceso a los servicios sanitarios. En unas CCAA también se utilizó, desde el inicio, para la elección de médico, la cita previa, etc., en otras, para conocer el total de asegurados y su distribución, en algunas CCAA se podía acceder a la base de datos de tarjeta desde los centros de salud y desde los hospitales, en otras se vinculó, casi desde el principio, el código de identificación personal del usuario a la historia clínica, etc...

Ahora mismo, en algunas CCAA, cuando un ciudadano se traslada a otra comunidad, su sistema de TS, integrado con otros sistemas de la CCAA le presenta alertas avisando de que tiene una prueba pendiente, o que está en lista de espera, de que tiene partes de IT, etc. Todo esto no es algo para el futuro, ya es, a día de hoy, una potente herramienta de gestión.

Cuando finalmente se creó la base de datos de población protegida por el SNS (finales 2002-2003) la tarjeta ya estaba extendida al 100% de la población y se acordó la identificación de cada persona mediante un código único de usuario del Sistema Nacional de Salud, vinculado a un código de identificación del Servicio de Salud y al código de la CCAA emisora de la tarjeta. El código de identificación de usuario del Sistema Nacional de Salud es único e irreplicable, permanente a lo largo de toda la vida del ciudadano. A este código se van vinculando los diferentes códigos de identificación de Servicios de Salud por los que va pasando su titular, así como las situaciones de aseguramiento de su titular.

Cambiar todo esto, para adoptar una TS única, supondría un coste muy elevado, un ruido de gestión tremendo y en un periodo de tiempo muy largo.

En la mayoría de las Tarjetas Sanitarias aparece, en el anverso, el rótulo "Sistema Nacional de Salud", en el futuro irá con caracteres similares a los del nombre de la CCAA que emite la TS, lo que permitirá que el ciudadano tenga conciencia de su pertenencia al SNS y los derechos que le confiere esa pertenencia, en el reverso, en todas, figura una leyenda informando de la validez de la tarjeta en todo el SNS. Los datos básicos ya citados están en todas las tarjetas, pendientes, en algunos casos, de un proceso de normalización. El número de la Seguridad Social no figura como dato básico obligatorio, aunque va en casi todas las tarjetas, porque sólo los titulares de SS tienen número propio con contenido asistencial, los beneficiarios pueden tener un número propio pero la asistencia la reciben en función del número de su titular, cuando se promulgó el Real Decreto de TSI sólo Andalucía tenía a todos los ciudadanos, titulares y beneficiarios, con número propio de SS.

---

***En algún momento se irá a una homogeneización del aseguramiento lo que facilitará algunos procedimientos relacionados con la expedición de las tarjetas.***

V. Barranco

---

El debate del número de SS se debe a que en España tenemos, por un lado, la Seguridad Social que reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de los titulares y sus beneficiarios, y por otro lado, la Ley de General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del SNS, que marcan también un tipo de aseguramiento prácticamente universal. Ahí hay una falsa dicotomía que aún no está resuelta, y que se está abordando actualmente en el Parlamento y por el Gobierno de la Nación, y ya veremos cómo se produce la universalización real del derecho a la asistencia sanitaria.



V. Barranco

En algún momento se irá a una homogenización del aseguramiento lo que facilitará algunos procedimientos relacionados con la expedición de las tarjetas.

Creo que tal como está ahora el sistema, con el código de identificación de usuario del Sistema Nacional de Salud y vinculado a él los distintos códigos de identificación asignados por los Servicios de Salud por los que ha ido pasando, está siendo muy útil y va a ser fundamental para el tema de la historia clínica y la receta electrónica.

La información que proporciona el sistema de TS para gestionar un servicio de salud es formidable, y sobre todo muy útil para dar servicio a cada ciudadano. En el SNS la información es mucho más reducida (no tenemos competencias de gestión directa) y el Sistema de Información del SNS se nutre de la información que aportan las CCAA por otras vías.

No conozco que ningún país tenga algo parecido a este sistema de TS.

**F. Torres.** Enfatizando un poco lo que estáis diciendo, la primera impresión que tiene una persona al aterrizar en el tema de la TS es que es una identificación, pero en realidad es algo más. Es la identificación de las personas, de los profesionales que pueden prestar los servicios a esas personas (enfermeras, médicos, etc.), los hospitales, todos los medios materiales, y luego la cartera de servicios, porque la final las carteras de servicios divergen por comunidades de unas a otras. ¿Por qué el modelo español de TS se está copiando? Pues porque estamos en una crisis muy importante de escasez de médicos y especialistas. Lo que subyace bajo este entramado que llamamos TS es una optimización de los recursos entorno al ciudadano y a su salud. Las comunidades están dando un paso más allá y en esa cartera de servicios están empezando a incluir temas como el de dependencias, están empezando a pensar que, siendo la mejor identificación porque se tiene desde que la persona nace, lo que se pretende es dar cabida no sólo a los aspectos sanitarios, sino a los aspectos de dependencias e incluso a los de educación. Al final, lo que este



F. Torres



sistema proporciona es una optimización de los recursos hacia el ciudadano.

---

**Lo que este sistema pretende proporcionar es una optimización de los recursos hacia el ciudadano en aspectos sanitarios y también de dependencias e incluso de educación.**

F. Torres

---

Por otro lado, tenemos 10 comunidades más INGESA que están utilizando una solución bastante parecida, sólo diferenciándose, en la mayoría de los casos, en la Cartera de Servicios de cada comunidad.

**M. Escribano.** Quizá el mayor problema cuando hablamos de unificar es que el esfuerzo debe ir en armonizar esa diversidad de aseguramientos que hay y que, a lo mejor, habría que limitarlos a dos o tres, porque hay múltiples diversidades de aseguramientos. Esto ayudaría a la gestión de la tarjeta.

Con las salvedades de las variables que tiene cada comunidad, creo que ha hecho un servicio fantástico y no notas ninguna dificultad por la centralización. A mi modo de ver no es la tarjeta la que genera disfunciones; son, más bien, las peculiaridades de los distintos tipos de aseguramiento.

**J. García-Cruces.** Soy un defensor de la tarjeta porque es una manera de identificarte en tu integración con el sistema nacional de salud. Lo importante de la tarjeta es que sigue siendo aquello que te identifica como usuario del Sistema Nacional de Salud seas de la Comunidad Autónoma que seas. En los últimos tiempos se han dado pasos importantes, las Comunidades Autónomas han hecho muchas cosas y aunque quizás poco ordenadas, creo que el balance es positivo. Ahora tenemos una aplicación que, con todos los pros y contras, ha salido bien y ha permitido que el día a

día de la tarjeta sea mucho mejor. Por ejemplo en Castilla León ya no tenemos, según la Gerencia de Atención Primaria, x bases de datos que se actualizaban cada x tiempo y cada una con un servidor distinto, ahora mismo tenemos una base de datos muy bien centralizada. Los hospitales los centros de atención primaria hoy hablan con la base de datos centralizada. Que 10 Comunidades Autónomas estemos en esta situación tecnológica y organizativa es un paso muy importante.

He vivido esta transición y ahora por tanto disponemos de una plataforma de servicios orientada al cliente de forma que cualquier ciudadano que recurra a nosotros lo haga en tiempo real en la base de datos, identificándose. Probablemente otros países estén muy lejos de nosotros.

---

**Hay gente que está fuera de la base de datos de TS con los problemas que conlleva: lo más importante es conseguir que el paciente esté bien identificado por toda la geografía nacional.**

J. García-Cruces

---

La gran oportunidad la veo en el ámbito nacional. El Ministerio de Sanidad debería ejercer un liderazgo que en este momento no se percibe. Si vamos a exigir un único identificador, hagámoslo de una vez. Y que este identificador este "enganchado" al CIP que es el código de identificación personal que es el que damos en cada tarjeta de la comunidad. Llevamos mucho tiempo con este problema y ahora mismo hay gente que es usuaria de servicios de salud que está fuera de la base de datos de TS con los problemas que conlleva, sobre todo en servicios de urgencia de hospitales. Por eso creo que el Ministerio de Sanidad debería ser un poco más contundente y ejercer ese liderazgo que es competencia suya y que en los órdenes del día del Consejo

Interterritorial esto no se trata, por tanto no parece estar entre las prioridades del MSPS. Creo firmemente que es algo prioritario, lo más importante es conseguir que el paciente esté bien identificado por toda la geografía nacional.

No sé si creer lo que dicen de otras comunidades que no tienen un CIP. Lo que sí sé es que tenemos 10 comunidades con algo bastante homogéneo, y hay que dar la enhorabuena a la labor del Ministerio en este asunto. Por fin, en mi comunidad, tenemos control sobre la base de datos de la TS. Queda, por arriba, el paso de que a nivel central esté bien organizado con el resto de comunidades y luego, queda saber qué hacer con aquellos pacientes que están fuera de la bases de datos de TS.

Del tema de los datos clínicos, creo que es algo más complejo y que primero, y cuanto antes, tenemos que solucionar el tema de la perfecta identificación del paciente esté donde esté.

En historia clínica electrónica, digo que es algo complejo porque he visto casos que, por el trasfondo legal que conlle-

van, me hacen ser muy prudente. Nuestra posición es muy clara: si ponemos en marcha una fórmula para que un ciudadano acceda a su historia clínica, lo haremos en un servidor con todos los informes de alta que definamos de primaria y especializada y que se identifique con su DNI electrónico u otro certificado reconocido y que entre todos consensuemos. Preservar la confidencialidad está por encima de todo. Mirad, acabamos de presentar en Castilla y León la posibilidad de cita previa por Internet para atención primaria y, como en otras comunidades, puede identificarse con su CIP, pero hemos dado también la posibilidad de identificarse con el DNI electrónico. Creo que el DNI electrónico debiéramos aprovecharlo para la consulta a la información clínica.

**V. Barranco.** Estoy de acuerdo con la idea de que el Ministerio tiene que ejercer un liderazgo y así está reconocido en tarjeta sanitaria y en historia clínica, en tarjeta es un claro referente a nivel estatal. También estoy de acuerdo con el desarrollo de actividades de coordinación, que en TS se están llevando a cabo permanentemente a un excelente nivel, no obstante dos no se coordinan si uno no quiere; si en algún tema cualquier Comunidad Autónoma no quiere coordinarse con el Ministerio o con las demás, no lo va a hacer. Por poner un ejemplo, en el problema de la gripe A ha habido una coordinación intensa y visible, en otros temas no es así.

Cuando se efectuaron las últimas transferencias del INSALUD, se transfirió el aplicativo que soportaba la base de datos de TS, con dos versiones: centralizada y descentralizada. La centralizada era una sola base y todos los operadores de la comunidad trabajando contra esa a base para altas, bajas, actualizaciones, consultas, etc. La llamada descentralizada tenía una sola base de datos población que replicaba automáticamente a cada una de las bases de



J. García-Cruces

datos de las Gerencias de Área de la CCAA y, a su vez, cuando se abría el ordenador de cada centro de salud se actualizaba automáticamente la base de datos de población adscrita al centro. Estos aplicativos, en 9 CCAA más INGESA, han evolucionado hacia la misma solución, y hasta hace unos meses, las diez CCAA más INGESA compartían la asignación del código de identificación personal de Servicio de Salud, se les asignaba centralizadamente junto con el código de identificación de usuario de SNS, ahora mantienen este sistema nueve CCAA, Baleares ha optado por un proceso de asignación propio al igual que las CCAA que habían recibido las transferencias antes del 2002.

En definitiva, todas las comunidades tienen un código de identificación del servicio de salud, las últimas transferidas, que comparten algoritmo y asignación, tienen las consonantes de los apellidos, la fecha de nacimiento, sexo, CCAA de nacimiento, dos dígitos secuenciales y una de control, otras CCAA utilizan en la composición la fecha de nacimiento, cuatro letras de los apellidos y una parte secuencial, en otras CCAA se trata de un número secuencial. Lo importante es la vinculación de estos códigos asignados por las CCAA al código único de identificación de usuario del SNS asignado por la Base de datos de población protegida por el SNS.

**C. Cendra.** Los servicios de salud han ido evolucionando cada uno de una forma, igual que en el desarrollo de su HC, y lo importante del identificador es tener un maestro que es el del SNS al que vincules cualquiera. El nivel de desarrollo de cada uno de los servicios es distinto. Lo importante es que cada servicio de salud, desde cualquier nivel (primaria, especializada, etc) sea capaz de integrar esa información mediante un modelo y que ese modelo esté vinculado con el del SNS. Tenemos en

cuenta que las necesidades de uno y otro son distintas; un servicio de salud necesita identificación para muchos servicios distintos que evolucionarán según sus intereses.

Respecto a con qué dispositivo voy a acceder a los servicios integrados de información: en algunos casos podré utilizar la TS y en otros casos el DNI electrónico, para evitar el coste de un chip en la TS.

Desde mi punto de vista esto es un recorrido muy largo en el que estamos empezando y que lo interesante es analizar los servicios de valor añadido que podemos ir incorporando. Tengamos en cuenta que la historia digital, la receta electrónica, la imagen médica digitalizada son servicios de reciente lanzamiento que todavía no tenemos bien resuelto. Todavía hay muchos pasos que dar, aunque lo que se ha hecho y se está haciendo ha sido muy importante. El siguiente paso es un trabajo que hay que realizar desde el Ministerio hacia abajo, estableciendo unos modelos de relación, reglas de negocio, de integración, porque las autonomías tienen que tener competencias para definir cómo lo quieren desarrollar, sobre todo porque obligar a un modelo único supone que seguramente nos paremos.

**V. Barranco.** Para eso está la tecnología. Para permitir la convivencia e interoperabilidad entre diferentes soluciones autonómicas. Durante los 2-3 últimos años, aprovechando el programa de sanidad en línea, en el marco del Plan Avanza, se ha producido un salto cualitativo y cuantitativo verdaderamente impresionante.

**J. García-Cruces.** Efectivamente el plan Avanza ha sido importantísimo, pero con sus limitaciones. El plan Avanza sólo es hardware. Ha sido importantísimo, pero en el proyecto estratégico no ha tenido nada que ver.

**V. Barranco.** Si no dispones del hardware adecuado en los Hospitales o en los Centros de Salud de poco sirve que exista una solución tecnológica que retransmita imágenes, con una fidelidad y capacidad de resolución tremenda, porque no vas a poder utilizarla. Hay que empezar por ahí. El desarrollo de la historia clínica digital y de la recta electrónica está estrechamente relacionado con el proceso de dotación de tecnología a cada una de las Comunidades. El esfuerzo que se ha hecho desde el Gobierno Central ha estimulado y reforzado el esfuerzo que han hecho las Comunidades Autónomas, permitiendo dar el salto a una HC digital implantada en la mayoría de las Comunidades, con unos estándares de seguridad que respetan escrupulosamente la ley de protección de datos; porque cada paso que se ha ido dando en el desarrollo del proyecto de HC digital se ha ido consultando a la Agencia de Protección de Datos para tener la certeza de que lo que se hacía garantizaba la confidencialidad de la información que se estaba manejando. Todo el mundo siente la preocupación por la seguridad, y la Agencia de Protección de Datos ha estado tutelando ese proceso, junto con la participación de múltiples asociaciones de profesionales y de ciudadanos.

**J. Cubelos.** Me gustaría mirar al futuro: lo que debemos plantearnos como reto en los próximos 5-10 años es que la capacidad del sistema de salud español pueda progresar, financiado como está por impuestos y que además es capaz de tener acuerdos dentro de la estructura europea para prestaciones de servicios en la que se tienen derechos no sólo en el sistema sanitario de la comunidad X, sino también en la sanidad privada y en la sanidad de fuera de tu país. Hay que poner las bases para que lo bueno que hemos aprendido en nuestro Sistema Nacional de Salud, cuyo elemento de identificación es clave, vaya tomando cuerpo y sepamos para qué nuevos usos nos sirve la tarjeta.

Esa es la reflexión que planteo para ver, desde aquí, hacia dónde vamos y qué tipo de evolución deberíamos tener tanto en los vehículos de la tarjeta como en la identificación o la gestión de la información sanitaria para uso personal, que es el segundo gran paso que deberíamos dar. El tercero vendrá luego, y es la inteligencia sanitaria desde los propios proveedores de servicios de salud, sobre todo en una situación de universalización como la que tenemos en España con una información muy rica y útil en este terreno. Actualmente la



explotación de los datos de asistencia primaria, ¿quién la está haciendo? No quiero minusvalorar lo conseguido, pero tenemos que pararnos a pensar en lo que vamos a hacer en los próximos años.

**M. Escribano.** Para mí, tal y como están estructuradas las cosas ahora mismo, lo de la tarjeta está claro que es algo que tiene que permanecer y prevalecer, porque hemos sometido o supeditado una serie de proyectos para conectarnos con la información que nos proporciona la tarjeta, con lo cual no es lógico desmontar eso. En todo caso habría que vincularlo al DNI electrónico o a otros métodos de firma digital.

Cualquier tipo de programa que puedas desarrollar, en un territorio como Aragón, que es enorme para la población y que tiene núcleos muy pequeños y en ocasiones de difícil acceso, todos los sistemas que puedes desarrollar de accesibilidad hacia los ciudadanos a través del conocimiento que te proporciona la TS es increíble. Pero es que además, tal y como lo hemos organizado, las nóminas se pagan mediante datos vinculados a la tarjeta que difícilmente podrías tener con el DNI electrónico.

Me parece claro que, para los temas de sanidad, el futuro de la tarjeta es incuestionable al margen del DNI electrónico. Veo a la TS como el más viable documento identificador único en el futuro; claro está que con las modificaciones que fuesen necesarias para lograrlo.

**J. Cubelos.** En nuestro país, el DNI no puede sustituir a la TS. Sí es cierto que en otros países lo ha sustituido.

**C. Cendra.** Para determinadas gestiones, si no tienes una TS con un chip tienes cierto problema para prestar ese tipo de servicios con los niveles de seguridad que se requieren. Habrá que evaluar hasta qué punto se justifica la

necesidad de dotar a todos los ciudadanos de una comunidad autónoma de una tarjeta con un chip, cuando tienes otra alternativa que se puede vincular e integrar con esa solución.

**V. Barranco.** El sistema de Tarjeta Sanitaria ha generado, a nivel de las CCAA y del SNS, un volumen de información impresionante, yo diría que incluso la generación de información ha ido por delante de la capacidad que tiene el propio sistema para explotarla. Es posible que falten medidas organizativas para poder sacar todo el rendimiento posible a la información generada. Por ejemplo, hoy una Gerencia de Servicio de Salud puede disponer de una información poblacional y epidemiológica de su comunidad, de las demandas y problemas de la población y de la utilización de los Servicios, del desarrollo de hábitos de vida saludables, etc., información muy valiosa para orientar la planificación, la programación, la asignación de recursos, para valorar el impacto de los programas en la salud de la población, etc. Creo que todavía falta un pasito más para la implantación de la



C. Cendra

cultura de conocimiento suficiente para poder explotar toda esa información.

---

*La puesta en marcha de nuevos proyectos tecnológicos cambiará el modelo de planificación, el de prestación asistencial, etc., cosa de la TS.*

C. Cendra

---

**C. Cendra.** En este momento estamos poniendo en marcha los sistemas que nos permitan trabajar sobre esto. La parte interesante será cuando podamos justificar el impacto económico y asistencial que está teniendo la puesta en marcha de todos estos proyectos tecnológicos de HC, de recetas, etc. En otros sectores, como la banca, ya tienen gran capacidad para orientar sus servicios hacia la población que les interesa. En sanidad acabará pasando, y cambiará el modelo de planificación, el de prestación asistencial etc., cosa que no podrá hacerse sin el modelo de la TS.

**V. Perdomo.** Como conclusión diría que la Tarjeta Sanitaria es la clave de acceso al sistema asistencial. El soporte físico, sea por banda magnética o

por medio del chip... lo que debe tener es un conjunto mínimo de datos que permitan la identificación de todos los pacientes dentro del SNS y las prestaciones a las que tiene derecho, es más, no todos los centros asistenciales tienen mecanismos para poder leer una banda magnética o un chip, con lo cual esa información tiene que estar integrada en la tarjeta porque lo importante es poder acceder al sistema de información de Tarjeta Sanitaria. Por supuesto también al Nodo Central, pero como elemento de coordinación entre comunidades, de manera que dentro de cada comunidad exista el sistema de información propio de tarjeta que permita seguir desarrollando proyectos vinculados a Tarjetas Sanitarias dentro de la misma y que no tengan que depender del Sistema Nacional de Salud.

**V. Barranco.** Una última utilidad del código de identificación de usuario del Sistema Nacional de Salud es su inclusión en los informes de dependencia, tal como han acordado recientemente todas las CCAA, en línea con la importancia que están adquiriendo las prestaciones sociosanitarias.