

Interoperabilidad y Salud (Qué, por qué, para qué)

La experiencia
DKV-InterSystems

No “una era de cambio”, sino UN CAMBIO DE ERA.

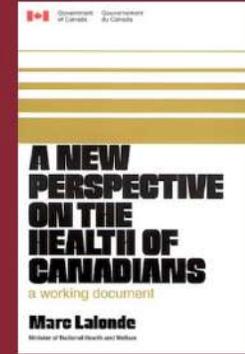
DERECHOS SOCIALES

Bismarck, el padre antisocialista de la Seguridad Social

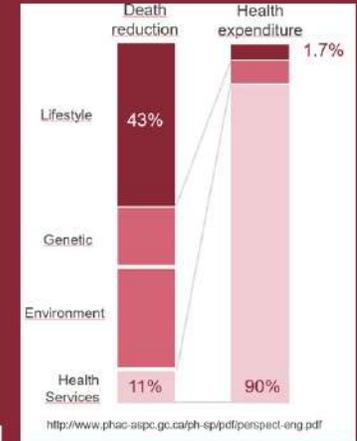
• De perseguir el socialismo en Alemania a sentar las bases del estado del bienestar. ¿Por qué Bismarck impulsó el primer sistema de pensiones públicas de la historia?



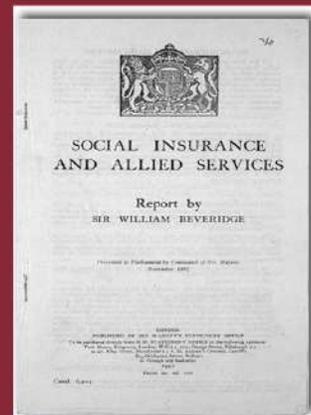
1883



1974



1942



2019



2022



La tormenta perfecta

Macrolevel:

Junto a lo relatado por Ray Dalio su último libro y las predicciones económicas aventuradas para el próximo lustro, sólo debemos recordar aquello de Clinton de: “¡Es la economía, imbécil!” La inflación actual no deriva de un aumento de la productividad, del PIB y la renta per cápita que hubiera llevado a un mayor consumo, sino de un crecimiento de los precios de materias primas, de combustible o a la crisis logística mundial, y eso era previo a la Guerra. La subida de tipos de interés aumentará aún más la presión sobre las empresas. Es decir, cuando se abarató el dinero, debió ser en menor medida, y ahora que se encarece se asumen un verdadero riesgo de estanflación.

Mesolevel:

Los sistemas de gestión sanitaria y sus organizaciones instrumentales siguen navegando sobre “realidades antiguas”: Fueron diseñadas para un mundo que hoy ya no existe. La atención sanitaria permanece tremendamente fragmentada, la transformación digital no avanza como debiera, sigue centradas en el episodio o encerrada en paredes y “marcas...”. Hace ya muchos años que los propios médicos vienen advirtiendo de que: “el 50 por ciento de la atención sanitaria es ineficaz, derrochadora o chapucera”. Es decir “grasa”, además de estar contaminada por tal grado de variabilidad que, como afirma uno de los fundadores de ICHOM, Stefan Larsson: “la probabilidad de adquirir una incontinencia urinaria como secuela, tras una prostatectomía, es en muchos hospitales equivalente a “jugártela a cara o cruz”; mientras en otros, es sólo del 10 %. ¿Por qué entonces no se hacen públicos tales resultados comparativos para que sea el paciente el que decida “lo que más le importa” y pueda escoger libremente el hospital?

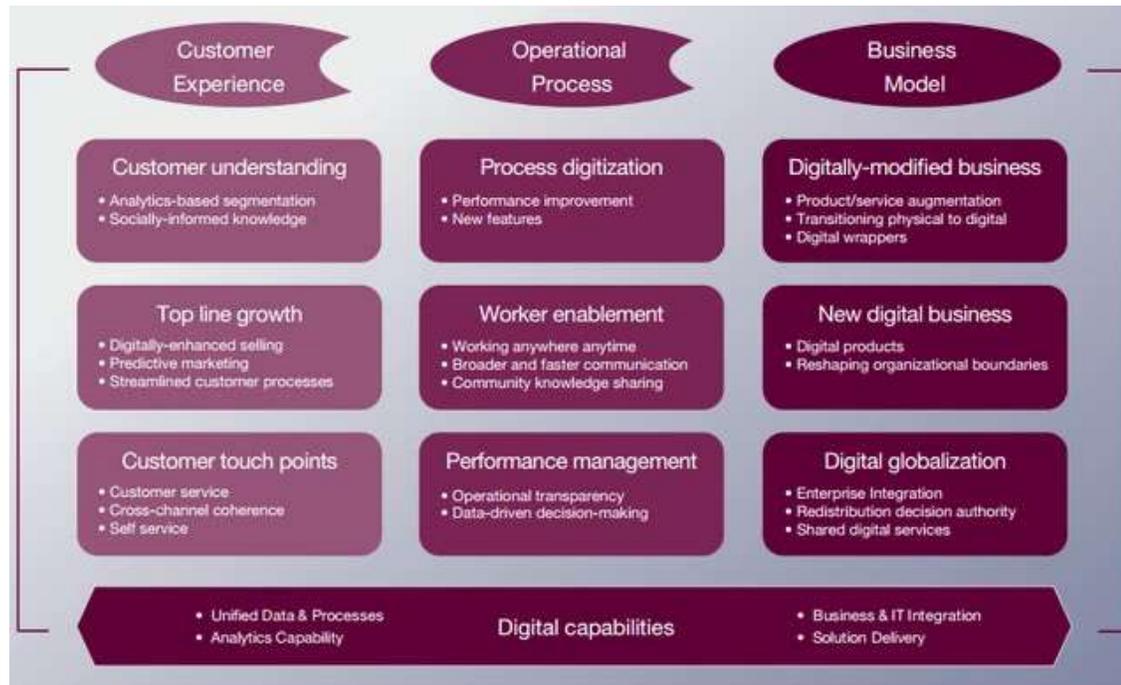
Microlevel:

No por repetirlo más veces, las cosas se van a solucionar. Pero que no quede por nosotros: En los próximos cinco años, se desatará una verdadera batalla para arrebatarse unos a otros los pocos médicos que queden. Y los primeros escarceos han comenzado ya. No sólo por el volumen de *facultativos* “boomers”, que se van a jubilar, sino por otros muchos otros factores adicionales como la feminización de la medicina: El 74 % de los estudiantes de medicina son mujeres, y no están dispuestas a sacrificar su proyecto familiar, trabajando en una consulta privada por las tardes, tras toda una mañana en la pública. Y esta forma de entender la conciliación laboral, irá siendo cada vez más adquirida por sus contraparte masculinas.

Nanolevel:

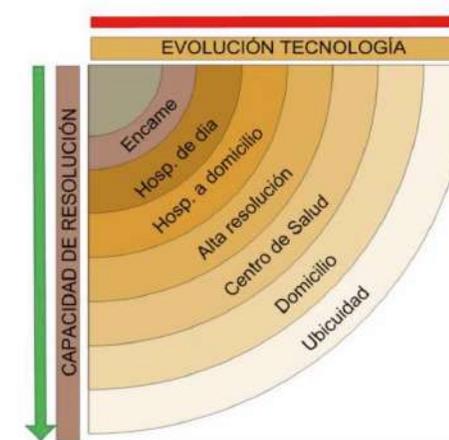
La población nacida en los años posteriores a la segunda guerra mundial, (no solo los licenciados en medicina) durante el próximo lustro se va a jubilar. A muchos de ellos le esperan muchos años de vida, pero en un alto porcentaje acompañados de determinadas patologías, si no se consigue mediar. Además, hablamos de una cohorte que a diferencia de la “generación silenciosa y sufrida” que fueron sus padres, está dispuesta a exigir sus derechos en lo que cada vez, será más “belicosa”. Estará más informada, conociendo las alternativas terapéuticas que más le convengan e independientemente de su coste, las exigirán.

Desde la digitalización a la transformación diital



3. El desplazamiento del “punto de resolución de los problemas” hacia la ubicuidad.

Veamos un ejemplo: si recordamos, hace 25 años un diagnóstico de embarazo era realizado en el hospital por un tocólogo; hace 15, en el centro de salud por el médico general; y hoy, la propia chica, en el baño de la casa. Lo resuelto, es lo mismo; lo que cambia es: el lugar, el coste, los agentes, la precisión diagnóstica, la oportunidad y el coste-efectivo (ver gráfica 2).



Gráfica 2. Tendencia resolutoria hacia la ubicuidad. J.Iorca. 2006

Hacia una sociedad “liquida” donde se alcanzará la definitiva Salud ubicua

Cliente	→	Prosumidor
Episodios	→	Vida cotidiana
Enfermedad	→	Salud
Estandarización	→	Personalización
Cuidado	→	Autocuidado
Tangible	→	Virtual
Medicamentos	→	Aplicaciones
Asegurado	→	Socio
Informe médico	→	Biografía personal de salud
Racional	→	Emocional
Volumen	→	Valor
Nicho	→	Ecosistema
Paredes	→	Ubicuidad

Julio Lorca CC

Hacia la Salud desfragmentada...

GAP 1	Perceptivo	"Por qué" se demanda "qué"	[Necesidad sentida/Necesidad técnica]	Aerofagia
GAP 2	Competencial	"Quién" hace "Qué"	[Capacidad/Incumbencia]	Receta enfermería
GAP 3	Instrumental	"Con qué" se hace "qué"	Recurso/Complejidad	CMA
GAP 4	Evidencial	"Para qué" se hace "Qué"	[Eficacia/eficiencia vs Efectividad]	Metformina
GAP 5	Territorial	"Donde" se hace "qué"	[Fragmentación vs Ubicuidad]	e-Visita
GAP 6	Cronológico	"Cuando" se hace "Qué"	[Simultaneo vs Secuencial]	Acto único
GAP 7	Digital	"Cómo" se hace "Qué"	[Presencial vs Virtual]	e-Receta
GAP 8	Dimensional	"Para quién" se hace "qué"	[Paciente vs Persona]	Determinantes de la Salud

Julio Lorca. 2018



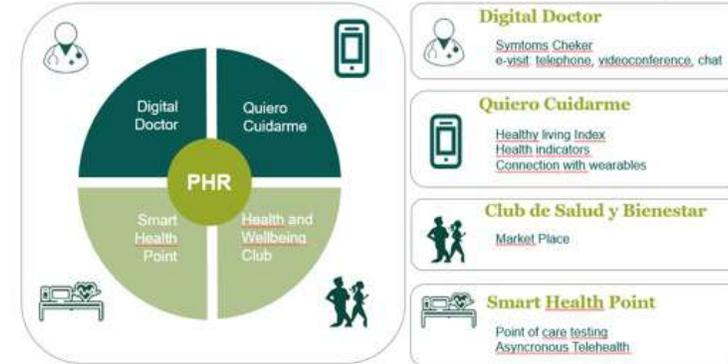
Llevamos trabajando durante los últimos 7 años para construir un ecosistema de salud ubicua, centrado en la persona
(*everybody, everytime, everywhere*)

Construyendo la plataforma ecosistémica de salud digital de DKV

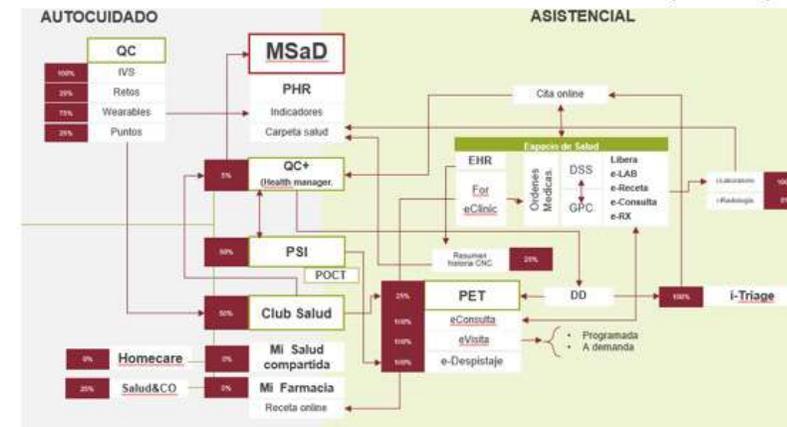
CONCRETAMOS LA VISIÓN (2015)

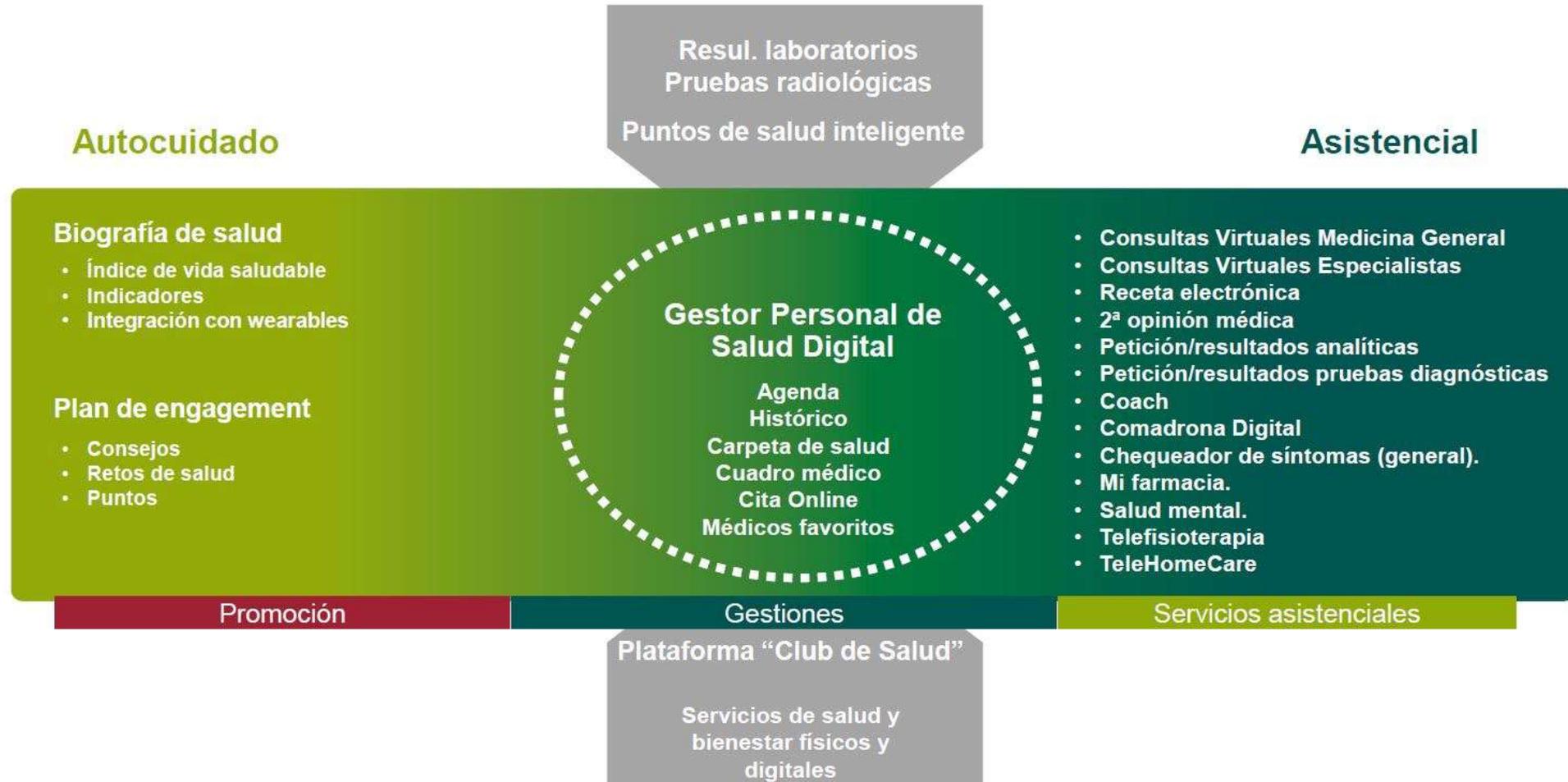


DESARROLLAMOS PIEZAS CORE (2017)

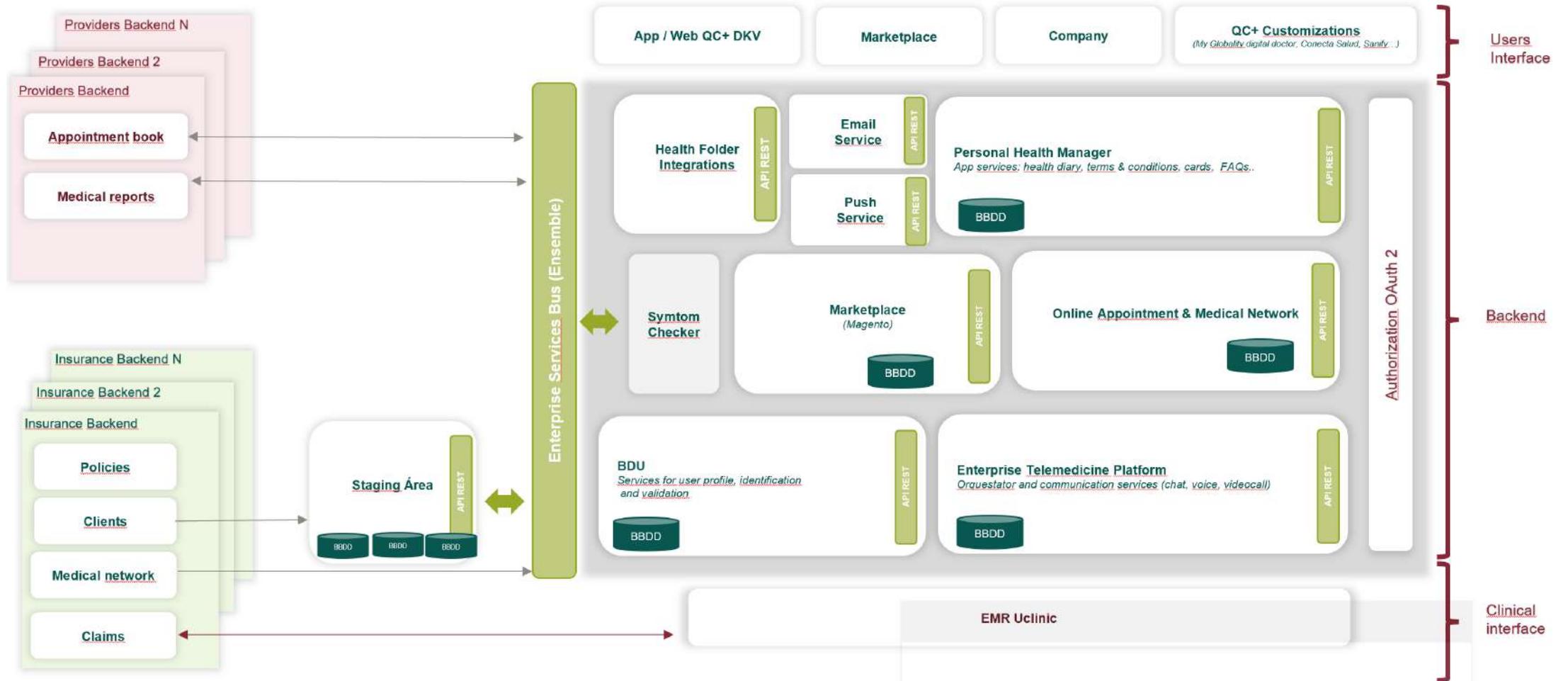


ARTICULANDO EL ECOSISTEMA (2020)





El Ecosistema de Salud Digital de DKV: El papel de Ensemble (Intersystem)



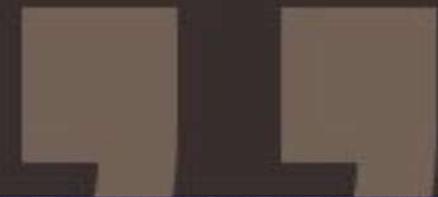
El Ecosistema de Salud Digital de DKV: El papel de Ensemble







No hay viento favorable para el que no
sabe donde va.
— Séneca —



MUCHAS GRACIAS