



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

una manera de hacer
europa

Fondo Europeo de
Desarrollo Regional



Unión Europea

CONVOCATORIA II SESIÓN INFORMATIVA

Proyecto Comité de Tumores IbSalut



CUESTIONES ACERCA DE LOS ASPECTOS ASISTENCIALES Y DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

PREGUNTAS PREVIAS

En el apartado Conclusiones Extraídas del mencionado informe, en concreto en la página 8 del documento, se indica lo siguiente: El tipo de visualización y capacidad de modificación, solicitud de pruebas/procedimientos, gestión de agendas, etc., se construirá en función del perfil de acceso (médico, gestor, nutricionista, etc.)

La solicitud de pruebas diagnósticas, solicitud de procedimientos, citas y resto de actividad asistencial necesaria para confirmar el positivo de cáncer en la fase de sospecha diagnóstica una vez desarrollado el nuevo sistema, entendemos que se continuará realizando desde los sistemas de información en los que se está creando esta actividad actualmente ¿esto es correcto? O por el contrario, ¿se espera que esta actividad se cree desde el nuevo sistema a desarrollar?

La idea es que el grueso de toda la actividad asistencial se realice en los sistemas de información en origen y todo eso acabe conformando una documentación centralizada, estandarizada incluso armonizada para la toma de decisiones por parte del comité. Parte de las decisiones que se tienen que tomar por el Comité acaban en un acta y generan una serie de tareas a hacer a futuro. Esas tareas podrían reflejarse en la propia herramienta en la que se vayan eliminando a medida que se hacen en los sistemas de información de origen. Otra posibilidad es que alguna tarea se lance directamente desde el Comité, como funcionalidad adicional pero no sería el grueso de la función. Lo normal es que el conjunto de las acciones asistenciales, tanto en documentación como en solicitud y valoración de prueba, sea en periférico.

Cuando se menciona: El diseño y parametrización de los procesos deberá construirse para cada tipo genérico de cáncer y adaptarse al seguimiento estandarizado que será adaptable a la evidencia científica de cada momento, y que informe del estado del paciente en tiempo real y del cumplimiento y de las posibles desviaciones de la práctica habitual.

En el caso del comité de cáncer de pulmón, ¿se establecerá un sólo flujo de trabajo/Careplan para los diferentes tipos de cáncer de pulmón o cuántos flujos de trabajo hay que desarrollar para hacer el seguimiento?

En principio sería el flujo de trabajo para el cáncer de pulmón pero contemplando todas las opciones que hay (porque a lo largo del proceso se verá si hay metástasis o no, si es quirúrgico o no, etc.). Se van abriendo distintas posibilidades histopatológicas que habrá que ir contemplando. Se ha comentado anteriormente que el flujo de trabajo sea por patología; con el cáncer de pulmón un flujo continuo y en casos especiales en los que haya más de una patología por órgano o haya flujos muy complejos, sí que se podría subdividir en diferentes flujos de trabajo.

Por otro lado, lo que es el diseño del proceso es muy importante. La fase previa a la llegada al comité (diseño, indicadores de cumplimiento) es tan importante como la resolución del caso en el comité de tumores porque las posibilidades de intervención sobre los tiempos para tomar la decisión final es una oportunidad de mejora muy importante que se pretende incorporar con esta herramienta.

Se podrán admitir soluciones en la nube. El alojamiento en la nube se considera excepcional, y para que se autorice deberá cumplir con una serie de requisitos que se establecerán en el PPT...

¿Esto quiere decir que tendrán una mayor ponderación o puntuación a aquellas soluciones que no estén basadas en la nube?

Hay que partir de la base de que aún no están redactados los pliegos técnicos (valoraciones, puntuaciones). El planteamiento es que en principio entre las opciones de alojamiento en la nube o en local, se prefiere en local (a no ser que por estar en la nube vaya a aportar un valor adicional). Si alguna solución de algoritmos a la toma de soluciones por ejemplo requiere de información de otros centros, el hecho de la nube aporta un valor adicional. Por lo que si esa solución al problema tiene ese requerimiento para su funcionalidad, no se excluiría, siempre y cuando sea necesario su alojamiento en la nube y aporte un valor adicional.

¿Se podría recomendar que el procedimiento actual se divida en dos licitaciones separadas, una de Compra Pública de Tecnología Innovadora y otra de Compra Pública Pre-comercial?

Depende de la madurez tecnológica. Se está barajando la opción de realizar dos procedimientos que podrían ser en paralelo o secuenciales dependiendo del objeto, del alcance.

¿Las 2 licitaciones CPI y CPPC, se abrirían al mismo tiempo o una después de la otra?

En principio cada una evolucionará sin perjuicio de la otra. Esto puede hacer que se contemple la necesidad de que deban coordinarse los esfuerzos de una y otra para que ambas avancen desde ese punto determinado. El hecho de que sean en paralelo o de que vaya una detrás de otra dependerá del grado de dependencia que tendrá, que todavía no está muy bien definido. En cualquier caso, el modelo de asistencia a toma de decisiones deberá trabajar con los datos de los que se disponga a partir del proyecto de compra pública de innovación y son factores por definir.

¿Hay incompatibilidades para presentarse en las 2 convocatorias a la vez?

No. Si se hacen dos licitaciones, serían dos licitaciones independientes. Por lo que una empresa puede presentarse a ambas siempre y cuando tenga la solvencia que se requiera.

¿La de CPPC, sea probablemente la inteligencia artificial/ análisis poblacional?

Sí, en ese formato se trabajaría ese aspecto del proyecto.

La asignación económica para CPI y CPPC, ¿será igual?

No se tienen todavía definidos los importes, todo depende del objeto del contrato y del alcance de los dos proyectos.

Se estima que la publicación de estos pliegos se realizará en el último trimestre del 2018 o en el primero del 2019

Siendo optimistas, se espera que a finales de 2018. Se está trabajando para que los pliegos estén listos en el tercer trimestre de 2018 o principios del cuarto, de manera que se pueda publicar a finales de este año. Pero al tratarse de compra pública de innovación, y con la nueva ley de contratos que contempla aspectos que antes no se contemplaban, no se descarta que aparezca algún imprevisto que provoque algún retraso que no se desee, el cual se tratará de resolver de la manera más rápida.

**Si se espera hacer 2 licitaciones ¿cuánto tiempo podría haber en publicar una y otra?**

Se trabajarán en paralelo, por lo que todo dependerá del trabajo del grupo de expertos que se ha creado a tal efecto. Si se decide que ambos proyectos puedan avanzar en paralelo las fechas de las licitaciones será más o menos el mismo. Si uno depende del otro, habrá una distancia en el tiempo entre una licitación y la otra. Esto se definirá cuando se empiece a trabajar en los pliegos.

¿Existe fecha límite para tener finalizado y entregado este proyecto a los financiadores FAO y FEDER?

Existe una partida finalista de medio millón de euros aportada por la FAO, que está establecida por un plazo de un año, pero abiertos a prórrogas que ya están confirmadas sin ningún inconveniente. La otra parte del proyecto se financiaría a través de FEDER (50%) y entraría dentro del plazo para el programa operativo de compra pública de 2014 – 2020. Sin embargo, la presentación de factura, ejecución de los proyectos se contempla más allá de ese plazo, hasta 2023 (N+3).

¿Existe fecha en la que se desea comenzar el proyecto?

Suponiendo que se consiga publicar a finales de este año, se espera que se adjudique antes de mitad de 2019, a finales del primer semestre se podría estar trabajando con el adjudicatario o con los adjudicatarios de los expedientes. En cualquier caso, en el 2019 se plantea el inicio de la ejecución de los dos proyectos.

Se contemplarán varios escenarios posibles de integración, en función de la situación temporal el proyecto BDAC, pasando por la historia de salud actual + local o todo con integración contra local.

Si BDAC existiera y estuviera en funcionamiento las cosas seguramente se harían de una manera distinta, pero en la situación actual todavía no está disponible. Con lo cual parece razonable que el proyecto se aborde en dos fases ya que va a haber dos entornos tecnológicos en cuanto a fuente de sistema de información muy diferentes (2 bases de datos). Una posibilidad de hacerlo en ausencia de BDAC es ir a coger los datos a las fuentes origen (los 5 hospitales y anillo radiológico) por lo que sería en una sola fase. Las dos opciones son aceptables y técnicamente viables.

¿Se tiene fecha aproximada de cuando se podría hacer la integración total?

La previsión de disponibilidad de BDAC es primer trimestre de 2020 (la entrada de producción de BDAC está estimada en el primer trimestre de 2020 y las pruebas de integración podrían realizarse durante el semestre anterior).

¿Habría un tercer escenario, donde se inicie el proyecto usando historia de salud actual + local y luego todo con la integración local? Además de los 2 escenarios puros (1) solo actual +local y (2) todo contra local.

Ya ha sido contestada en las preguntas anteriores. Hay dos grandes fuentes de datos que van a permanecer: el sistema de información de laboratorio (LIS) y todo lo que es el anillo radiológico. Los Gises también van a permanecer. Sin embargo, Oracle, EtB y Fit clínica que tienen mucha información replicada de los Gises, van a desaparecer y serán sustituidos por BDAC.

PREGUNTAS DURANTE LA SESIÓN

¿Saldrá en el concurso algún técnico de campo o administrador del sistema?

Aún se está estudiando, pero probablemente sí ya que tendría mucho sentido: el proyecto trata de que toda la información se capture de varios sitios y esté disponible para los miembros del comité. Un administrador que tenga el papel de data manager al principio, que se preocupe de que la información que llegue al comité esté completa es interesante hasta que el sistema funcione sin data manager que realmente sería el objeto del proyecto.

¿No se debería poder acceder a todo el conjunto de imágenes desde la herramienta ya que en muchos casos se necesita disponer de todas ellas?

Una forma de facilitar la tarea de recuperar la información es que, por ejemplo, durante el informe radiológico se puedan ir seleccionando imágenes clave que van a pasar a formar parte a la base de datos del paciente e incluso que se pueda hacer durante la fase de preparación del comité.

Habría dos tipos de imágenes: las imágenes que ya están disponibles y las imágenes que quieras ver que será como tradicionalmente.

Cuando en el Comité se decide que a un paciente hay que hacerle una resonancia por ejemplo ¿de alguna manera el secretario que recibe esa petición sabrá que es un paciente de Comité que tiene cierta prioridad y hay que tratarlo de manera prioritaria de acuerdo al volumen que tienen normalmente?

Sí. La idea es que la mayor parte de peticiones de un caso de proceso tumoral se haga desde los gises correspondientes y por las vías normales, pero una funcionalidad adicional es que dentro del comité se tomen decisiones y esas decisiones vayan a un buzón con una etiqueta especial.

Hacerlo desde el propio comité permite ponerle algún tipo de "marca" a esa petición de prioridad o de procedencia para que el que la reciba sepa que es una decisión de alto nivel tomada en una fase muy avanzada y con un nivel de consenso muy amplio y apoyado por un acta de profesionales.

En la pregunta anterior se ha hablado de "secretario" ¿Se trata de un secretario administrativo?

La vocación de este abordaje es que no sea necesario un secretario administrativo. El secretario del Comité se entiende como la persona que se encarga del funcionamiento estructural de comité orgánico, el líder del grupo. Es muy importante definir el diseño conceptual del comité, establecer quienes son las figuras, quienes son los líderes, como participan, cuáles son las responsabilidades, etc.

En relación con la gestión de las imágenes radiológicas que relativamente es sencillo ¿Cómo se va a tratar con el flujo de información en anatomía patológica?

Es uno de los grandes problemas. El sistema de información que está actualmente en los hospitales es mejorable por lo que habrá que tenerlo en cuenta para obtener los diagnósticos y por otro lado las imágenes, aunque aún no se tiene claro cómo se haría.

En su momento hubo un proyecto abierto de hacer patología digital en la Comunidad pero la empresa que lo proponía dejó esa línea. No sería raro que se abriera ese proyecto otra vez.

De los datos de las resoluciones que existen en el comité ¿No va haber ningún requerimiento de volcado de información en el sistema de información de atención primaria?

No está todavía, pero estará. Todo esto forma parte de un proyecto global, existen 7 sistemas de información que van una red de información. Uno de los proyectos importantes es el de renovación de la plataforma primaria y dentro de este el núcleo principal es el que denomina el gestor de peticiones y resultados.

Esta pregunta tiene que ver con los elementos de innovación que pueden surgir en el tratamiento ¿El proyecto contempla la posibilidad de que se dejen abiertos elementos de evolución tecnológica o evolución innovadora que van a producirse?

De eso se trata, de intentar prever lo que va a pasar a futuro. El proceso tiene que ser dinámico y las empresas son las que tienen que tener esa visión de futuro para ayudar a construir el proyecto.

Desde la parte clínica, se cree que habría que reconsiderar los primeros años el papel de la enfermera como gestor de datos en el diseño de la plataforma.

Está considerado dentro del grupo de definición de los comités.

El papel de la persona gestora tiene que tener un contenido asistencial clínico (enfermera u otro) pero no durante los primeros años, sino siempre. Es como si se prescindiera de los médicos porque todo está automatizado. Esto es una herramienta y todas las personas que integran el comité y forman parte de la actividad son imprescindibles. Lo que se cree que debe desaparecer es el rol administrativo, pero no el clínico. Es decir, eliminar todos los pasos carentes de valor en el procedimiento.

Se había hablado de módulo de apoyo al diagnóstico como la inteligencia artificial ¿se entiende que es algo adicional al proyecto, que no forma parte del scope inicial del proyecto?

Sí está incluido en el proyecto, pero se trata de un módulo de soporte a la decisión, no al diagnóstico puesto que la mayoría de las veces está después del diagnóstico.

Puede ser de tres formas: la forma clásica (algoritmo de práctica clínica), que se base en la comparación de datos con otros centros, y la aplicación de inteligencia artificial pero que requiere mucha información y habría que replantearlo como un proyecto en paralelo porque estaría en TRL menor de 7 que requiere de I+D y convendría separarla.

Con respecto al modelo de integración, ¿los servicios de terceros que puedan surgir de esas integraciones tienen que estar asumidos dentro de este proyecto o hay intención de que las empresas participen en el comité?

Es una pregunta difícil de responder porque depende del modelo de integración que proponga el licitador. El modelo de captura de datos depende de cada propuesta: no es lo mismo coger la información de 5 fuentes origen que coger los ingresos y altas directamente de Oracle o de la base de datos corporativa. Los escenarios de costos/implicaciones en las aplicaciones origen serán distintos según como las plantee el licitador.