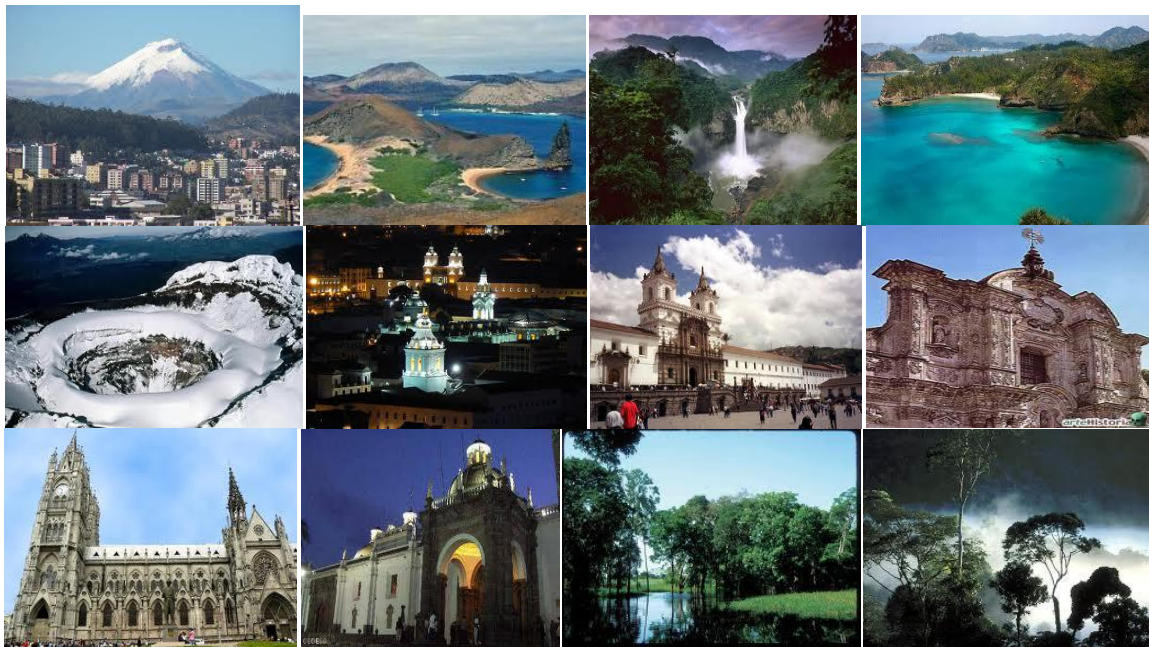


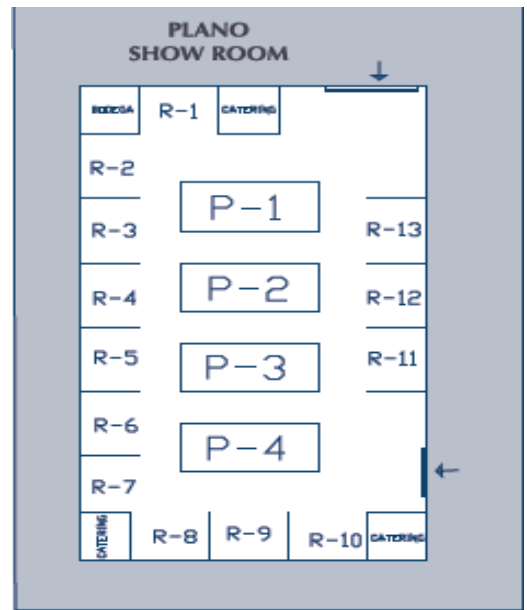
PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE TELESALUD Y TELEMEDICINA

QUITO, FEBRERO 9 – 11 DE 2011



SEDE. HOTEL SWISSHOTEL

SALA DE EXPOSICIONES Y CONFERENCIAS



PROGRAMA



VERSION EN ESPAÑOL

PRIMER DIA- Miércoles 9 de Febrero de 2011

HORA	TEMA	EXPOSITORES
8:00	INSCRIPCIONES	SECRETARIA
9:00 9:30	1. CONFERENCIA: TELESALUD Y TELEMEDICINA: EL ESTADO DEL ARTE. QUÉ, CÓMO, CUÁNDO, DÓNDE, CUÁNTO?	DR. BRYAN BURKE, MD DRA. JULIE C. HALL-BARROW, EDD USA
9:30 10:00	2. CONFERENCIA: ARQUITECTURA DE UN SISTEMA DE TELESALUD Y TELEMEDICINA	ING. MOREL ORTA VENEZUELA
10:00 10:30	3. CONFERENCIA : TICS Y SALUD ASPECTOS LEGALES DE LA TELEMEDICINA	DR. FRANCISCO GOMEZ ESPAÑA
10:30 11:00	RECESO	
11:00 11:30	4. CONFERENCIA: BIOETICA Y TELEMEDICINA	DR. MARCIAL GARCIA ROJO ESPAÑA
11:30 12:00	5. CONFERENCIA: TELEMEDICINA EN CASA (TELE HOME CARE)	DR. SILVIO VEGA PANAMA
12:00 12:30	6. CONFERENCIA : GUIAS EN TELESALUD	DR. FRANCISCO GOMEZ ESPAÑA
12:30 13:00	7. CONFERENCIA: TELEEDUCACION	DRA. ANGELICA BAPTISTA SILVA BRASIL
13:00 15:00	ALMUERZO	
15:00 15:30	8. CONFERENCIA: HONDURAS PLAN NACIONAL DE TELEMEDICINA	DR. ARTURO BENDAÑA PINEL HONDURAS
15:30 16:00	9. CONFERENCIA: LOS ORGANISMOS DE COOPERACION INTERNACIONAL. FINANCIAMIENTO PARA PROYECTOS DE TELESALUD.	DRA. RENATA CAMPOS TRAD BRASIL
16:00 17:00	10. MESA REDONDA: APLICACIONES DE LA TELESALUD Y TELEMEDICINA	DR. SILVIO VEGA PANAMA DR. LUIS GONCALVEZ PORTUGAL ING. AMANDA GOMEZ G. MEXICO DR. KENTON DE LA TORRE ECUADOR MODERADOR DR. CLAUDIO PELAEZ VEGA ESPAÑA

17:00 17:30	RECESO VISITA A STANDS	
20:00	SESION DE INAUGURACION PROGRAMA ESPECIAL	
SEGUNDO DIA- JUEVES 10 DE FEBRERO DE 2011		
hora	TEMA	EXPOSITORES
8:30 9:00	11. CONFERENCIA : TELEMEDICINA EN PRISIONES	ING. AMANDA GOMEZ GONZALEZ MEXICO
9:00 9:30	12. CONFERENCIA: LA TELE ENFERMERIA	MAGISTER IVETTE MARCISCANO R. PANAMA LCDA. MARIA JOSE BRANQUINHO PORTUGAL
9:30 10:00	13. CONFERENCIA: LA TELESALUD Y LA TELEMEDICINA RURAL, EXPERIENCIA DE VENEZUELA	DR. TOMAS JOSE SANABRIA BORJAS. VENEZUELA
10:00 10:30	14. CONFERENCIA: TELEMEDICINA Y ATENCION PRIMARIA, LA EXPERIENCIA EN EXTREMADURA	DR. CLAUDIO PELAEZ VEGA ESPAÑA
10:30 11:00	RECESO	
11:00 11:30	15. CONFERENCIA: EL IMPACTO DE LA TELEMEDICINA EN ALENTEJO - PORTUGAL Y EL FUTURO DE LA TELEPATOLOGIA	DR. LUIS GONCALVEZ PORTUGAL
11:30 12:00	16. CONFERENCIA: TELEPATOLOGIA EN IBEROAMERICA	DR. FRANCISCO GUILLERMO LA ROSA PERU
12:00 12:30	17. CONFERENCIA: EL PROGRAMA NACIONAL DE TELEMEDICINA Y TELESALUD EN ECUADOR. EL PROYECTO PILOTO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.	DR. MILTON TAPIA ECUADOR
12:30 13:00	18. CONFERENCIA: TELESALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. LA EXPERIENCIA EN ECUADOR	DR. HENRY MEDRANO ECUADOR
13:00 15:00	ALMUERZO	
15:00 15:30	19. CONFERENCIA: LA TELEMEDICINA Y TELESALUD EN ARKANSAS - USA	DRA. JULIE C. HALL-BARROW, EDD USA
15:30 16:00	20. CONFERENCIA : CENTROS DE ATENCIÓN DE LLAMADAS EN LOS EE.UU. MANEJO DE LLAMADAS	DR. LES MORTENSEN USA
16:00 16:30	RECESO VISITA A STANDS	
16:30 17:00	21. CONFERENCIA: PRINCIPIOS DEL TRIAGE POR TELEFONO Y LA TOMA DE DECISIONES	DAVID A. THOMPSON, M.D., FACEP USA

Nota: El
está sujeto
de horarios

programa
a cambios
y

17:00 18:00	22. SIMPOSIUM I : REALIDAD ACTUAL DE LA TELEMEDICINA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	ING. MOREL ORTA VENEZUELA DR. FRANCISCO GUILLERMO LA ROSA PERU DRA. MIRIAM SILVA MEXICO MODERADORA MAGISTER IVETTE MARCISCANO PANAMA
TERCER DIA - VIERNES 11 DE FEBRERO DE 2011		
HORA	TEMA	EXPOSITORES
8:00 9:00	23. SIMPOSIUM II : REALIDAD ACTUAL DE LA TELEMEDICINA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	DRA. RENATA CAMPOS TRAD BRASIL MBA. MARÍA TERESA MJARES ECUADOR DR. GREGORIO SÁNCHEZ VENEZUELA DR. TOMAS SAMABRIA VENEZUELA MODERADOR DRA. MARIA DEL PILAR BANDRES SANCHEZ ECUADOR
9:00 10:00	24. SIMPOSIUM : LA RED IBERO LATINOAMERICANA DE TELEMEDICINA	DRA. IRINA ALMEIDA ECUADOR ING. JAIME GUERRERO R. ECUADOR DR. FRANCISCO DE LA ROSA PERU DR. JOSE FLOREZ COLOMBIA DRA MARIA EUGENIA LIMA ECUADOR MODERADOR DR. MARIO PAREDES ECUADOR
10:00 10:30	25. CONFERENCIA : LA RED PAN AMAZONICA DE TELEMEDICINA	DR. SERGIO PORTELLA BRASIL
10:30 11:00	RECESO	
11:00 11:30	26. CONFERENCIA : LA TELEMEDICINA LECCIONES ALREDEDOR DEL MUNDO	DAN MC CAFFERTY. USA
11:30 12:00	27. CONFERENCIA : EL USO DE LA TECNOLOGÍA PARA MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD	DR. MIKE GANN INTEL CO.
12:00 13:00	28. CONFERENCIA : LA TELEMEDICINA. UNA PERSPECTIVA ESPACIAL	DR. BERNARD A. HARRIS, JR. MD, MBA USA
13:00 15:00	ALMUERZO	
15:00 15:45	29. PLENARIA : RESUMENES. RELATORIA CONCLUSIONES	DR. MILTON JIJON ECUADOR
20:00	CLAUSURA. PROGRAMA ESPECIAL	



ENGLISH VERSION

FIRST DAY- February 9, 2011		
TIME	SUBJECT	IN CHARGE
8:00	REGISTRATION	SECRETARY
9:00 9:30	1. CONFERENCE: TELEHEALTH AND TELEMEDICINE: THE STATE OF THE ART. - WHAT, HOW, WHEN, WHERE, HOW MUCH	DR. BRYAN BURKE, MD DRA. JULIE C. HALL-BARROW, EDD USA
9:30 10:00	2. CONFERENCE: ARCHITECTURE OF THE TELEHEALTH AND TELEMEDICINE SYSTEM	ING. MOREL ORTA VENEZUELA
10:00 10:30	3. CONFERENCE :TICS AND HEALTH LEGAL ASPECTS OF TELEMEDICINE	DR. FRANCISCO GOMEZ ESPAÑA
10:30 11:00	BREAK	
11:00 11:30	4. CONFERENCE: BIOETHICS AND TELEMEDICINE	DR. MARCIAL GARCIA ROJO ESPAÑA
11:30 12:00	5. CONFERENCIA: TELEHOME CARE	DR. SILVIO VEGA PANAMA
12:00 12:30	6. CONFERENCE: THE TELEHEALTH GUIDELINES	DR. FRANCISCO GOMEZ ESPAÑA
12:30 13:00	7. CONFERENCE: TELE-EDUCATION	DRA. ANGELICA BAPTISTA SILVA BRASIL
13:00 15:00	LUNCH BREAK	
15:00 15:30	8. CONFERENCE: HONDURAS NATIONAL PLAN OF TELEMEDICINE	DR. ARTURO BENDAÑA PINEL HONDURAS
15:30 16:00	9. CONFERENCE: THE INTERNATIONAL FINANCE AGENCIES BY TELEHEALTH PROJECTS	DRA. RENATA CAMPOS TRAD BRASIL
16:00 17:00	10. ROUND TABLE: APPLICATIONS OF TELEHEALTH AND TELEMEDICINE	DR. SILVIO VEGA PANAMA DR. LUIS GONCALVEZ PORTUGAL ING. AMANDA GOMEZ G. MEXICO DR. KENTON DE LA TORRE ECUADOR MODERATOR DR. CLAUDIO PELAEZ VEGA ESPAÑA
17:00 17:30	STAND'S TOUR	

20:00	OPENING SESSION SPECIAL AGENDA	
SECOND DAY- February 10, 2011		
TIME	SUBJECT	IN CHARGE
8:30 9:00	11. CONFERENCE: TELEMEDICINE IN PRISONS	ING. AMANDA GOMEZ GONZALEZ MEXICO
9:00 9:30	12. CONFERENCE: TELENURSING	MAGISTER IVETTE MARCISCANO R. PANAMA LCDA. MARIA JOSE BRANQUINHO PORTUGAL
9:30 10:00	13. CONFERENCE: THE TELEHEALTH AND RURAL TELEMEDICINE, EXPERIENCE OF VENEZUELA	DR. TOMAS JOSE SANABRIA BORJAS. VENEZUELA
10:00 10:30	14. CONFERENCE: THE TELEMEDICINE AND PRIMARY CARE, EXPERIENCE IN EXTREMADURA. SPAIN	DR. CLAUDIO PELAEZ VEGA ESPAÑA
10:30 11:00	BREAK	
11:00 11:30	15. CONFERENCE: TELEMEDICINE IMPACT IN ALENTEJO - PORTUGAL AND TELEPATHOLOGY FUTURE	DR. LUIS GONCALVEZ PORTUGAL
11:30 12:00	16. CONFERENCE: TELEPATHOLOGY IN IBEROAMERICA	DR. FRANCISCO GUILLERMO LA ROSA PERU
12:00 12:30	17. CONFERENCE: THE NATIONAL PROGRAM OF TELEMEDICINE AND TELE-HEALTH IN ECUADOR. THE PILOT PROJECT OF THE CENTRAL UNIVERSITY OF ECUADOR.	DR. MILTON TAPIA ECUADOR
12:30 13:00	18. CONFERENCE: TELEHEALTH AND SOCIAL SECURITY. EXPERIENCE IN ECUADOR	DR. HENRY MEDRANO ECUADOR
13:00 15:00	LUNCH	
15:00 15:30	19. CONFERENCE: THE TELEMEDICINE AND TELEHEALTH IN ARKANSAS - USA	DRA. JULIE C. HALL-BARROW, EDD USA
15:30 16:00	20. CONFERENCE: HEALTHCARE CALL CENTERS IN THE USA: CALLS HANDLED	DR. LES MORTENSEN USA
16:00 16:30	BREAK STAND'S TOUR	
16:30 17:00	21. CONFERENCE: PRINCIPLES OF TELEPHONE TRIAGE AND DECISION-MAKING	DAVID A. THOMPSON, M.D., FACEP USA
17:00 18:00	22. SYMPOSIUM I: CURRENT REALITY OF TELEMEDICINE IN LATIN AMERICAN AND THE CARIBBEAN	ING. MOREL ORTA VENEZUELA DR. FRANCISCO GUILLERMO LA ROSA PERU DRA. MIRIAM SILVA MEXICO MODERADORA MAGISTER IVETTE MARCISCANO PANAMA
THIRD DAY- February 11, 2011		

Note: The subject to schedules

Program is change and

TIME	SUBJECT	IN CHARGE
8:00 9:00	23. SIMPOSIUM II: CURRENT REALITY OF TELEMEDICINE IN LATIN AMERICAN AND THE CARIBBEAN	DRA. RENATA CAMPOS TRAD BRASIL MBA. MARÍA TERESA MIJARES ECUADOR DR. GREGORIO SÁNCHEZ VENEZUELA DR. TOMAS SAMABRIA VENEZUELA MODERADOR DRA. MARIA DEL PILAR BANDRES SANCHEZ ECUADOR
9:00 10:00	24. CONFERENCE: LATIN AMERICAN NETWORK OF THE TELEMEDICINE	DRA. IRINA ALMEIDA ECUADOR ING. JAIME GUERRERO R. ECUADOR DR. FRANCISCO DE LA ROSA PERU DR. JOSE FLOREZ COLOMBIA DRA MARIA EUGENIA LIMA ECUADOR MODERADOR DR. MARIO PAREDES ECUADOR
10:00 10:30	25. CONFERENCE: THE PAN AMAZONIC NETWORK OF THE TELEMEDICINE	DR. SERGIO PORTELLA BRASIL
10:30 11:00	BREAK	
11:00 11:30	26. CONFERENCE : TELEMEDICINE LESSONS WORLDWIDE	DAN MC CAFFERTY. USA
11:30 12:00	27. CONFERENCE: USING TECHNOLOGY TO IMPROVE HEALTHCARE ACCESS	DR. MIKE GANN USA
12:00 13:00	28. MEETING: SUMMARIES. RAPPORTEUR CONCLUSIONS	DR. MILTON JIJON ECUADOR.
13:00 15:00	LUNCH	
	29. CONFERENCE: THE TELEMEDICINE A SPATIAL PERSPECTIVE	DR. BERNARD A. HARRIS, JR. MD, MBA USA
20:00	CLOSURE: SPECIAL PROGRAM	

conferences.

CONFERENCISTAS INVITADOS



BERNARD A. HARRIS, JR., MD, MBA

**PRESIDENT-ELECT, AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION
PRESIDENT AND CEO, VESALIUS VENTURES
MEDICAL ASTRONAUT, APOLLO PROJECT
HOUSTON, TX, USA**

Dr. Harris is currently Chief Executive Officer and Managing Partner of Vesalius Ventures, Inc., a venture capital firm, that invest in early to mid stage Healthcare technologies and companies. He has served on the American Telemedicine Association Board of Directors since 2007 and is currently the President-Elect of ATA.

Prior to Vesalius Ventures, Dr. Harris was at NASA for ten years, where he conducted research in musculoskeletal physiology and disuse osteoporosis. Later, as Head of the Exercise Countermeasure Project, he conducted clinical investigations of space adaptation and developed in-flight medical devices to extend Astronaut stays in space, which involved the use of telemetry. A veteran astronaut for over eighteen years, he has logged more than 438 hours and traveled over 7.2 million miles in space. On his second flight, Dr. Harris conducted the first telemedicine conference from space with the Mayo Clinic and became the "First African American to walk in Space". Dr. Harris served as Vice President and Chief Scientist of SPACEHAB, Inc., an innovative space commercialization company where he directed the company's space science business. There he was involved in business development and marketing of the company's space-based products and services. Dr. Harris' focus was the enhancement of medical devices for use in remote environments. Later, he served as Vice President of Business Development for Space Media, Inc., an Informatics company, establishing an e-commerce initiative.



BRYAN BURKE, Jr., M.D.

Associate Professor, Department of Pediatrics

**University of Arkansas for Medical Sciences And
Arkansas Children's Hospital**

Bryan Burke, MD, es Profesor Asociado de Neonatología y Pediatría General en la Universidad de Arkansas de Ciencias Médicas y Director de equipo de enfermería De 1982-1987 ejerció la práctica privada en Pine Bluff, Arkansas. Desde 1987 - 2004 fue médico del hospital pediátrico en Grand Rapids, Michigan. Su implicación con la Telemedicina se inició después su regreso a Arkansas en 2004. Como miembro del Grupo de Acción de Telemedicina del Hospital de Niños de Arkansas, se desempeña como defensor de todos los programas de telemedicina clínica en el Hospital de Niños de Arkansas. Él es el moderador principal en el terreno pediátrico en un programa de Tele-Educación, que tiene como objetivo servir a la educación médicas necesidades de aquellos que practican fuera de un centro académico. El Dr. Burke sirve de enlace entre la Asociación Americana de Telemedicina y la Academia Americana de Pediatría, donde se encuentra en el Comité Ejecutivo de la Sección de Atención Tele-salud. Además, él es el portavoz para un anuncio de televisión de noticias semanales destinadas a educar a las familias acerca de las preocupaciones pediátricas.



JULIE C. HALL-BARROW EDD

**Assistant Professor, College of Public Health
Core Director, Center for Distance Health**

4301 W. Markham, 513
Little Rock, Arkansas 72205
(501) 686-8512

Education

Educational Doctorate HIED, Administration. University of Arkansas, LR. Little Rock, Arkansas 72204
Masters of Science. Kinesiology. University of North Texas. Denton, Texas 76201
Bachelors of Science Physical & Health Education. Longwood College. Farmville, Virginia 23901

Academic Appointments/Work Experience

07/07- Present. Division Director, UAMS Center for Distance Health
7/99 – 06/07. Director of Education, UAMS Rural Hospital Program- Oversee
7/02 –06/07 Associate Director, Program Development, UAMS Rural Hospital Program
7/01 – Present Assistant Professor, College of Public Health – Health Policy and Management
4/97 – Present. Clinical Instructor, College of Nursing
6/94- 7/02 Director of Health Promotion and Wellness, College of Nursing
6/94-4/97 Director of Health Works
8/92-5/94 Teaching Fellow

Honors and Awards

2007 American Telemedicine Association – Poster Award. Nashville, TN
2001 Honorable Mention-Governor's Council Worksite Award. CAVHS-Little Rock, Arkansas
1997 Wellness Councils of America-Gold Award. Eden, North Carolina
1997 Governor's Award for Worksite Wellness. Eden, North Carolina
1996 Governor's Award for Worksite Wellness. Eden, North Carolina
1995 Governor's Award for Worksite Wellness. Eden, North Carolina
1994 Health, Physical Education and Recreation Honor Society. Farmville, Virginia



MOREL ORTA

Nacionalidad: Venezolana

FORMACIÓN ACADÉMICA

Ingeniero de Sistemas, 1980 Boston University, Boston, MA, USA
Maestría en Ingeniería de Sistemas, 1980 Boston University, Boston, MA, USA
Programa Avanzado de Gerencia PAG, 1994 IESA, Caracas, Venezuela

AREA DE DOMINIO

30 años de experiencia como consultor y especialista en el sector de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC). Ha desempeñado funciones importantes en áreas como gerencia de proyectos informáticos, planeación estratégica, elaboración de planes operativos, elaboración de planes de capacidad, calidad de servicio y políticas de seguridad. Actualmente se especializa en el desarrollo de un modelo de telemedicina, basado en tecnologías de bajo coste, principalmente dirigido a las áreas rurales mayoritariamente indígenas de países en desarrollo. Este modelo, basado en la experiencia de la Fundación Proyecto Maniapure en Venezuela, ha sido aplicado con éxito durante los últimos cinco años en diferentes zonas rurales de Venezuela y de la Cordillera de los Andes del Ecuador.

POSICIONES ACTUALES

Cofundador y Director de IT de la Empresa TeleSalud de Venezuela

Miembro de la American Telemedicine Association (ATA)

Actual Vice-Chair de la ATALACC (American Telemedicine Association, Latin-American & Caribbean Chapter)

Director de la Fundación Proyecto Maniapure



ANGELICA BAPTISTA SILVA

**Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Rio de Janeiro, Brasil**

Graduada em Comunicação Social (1991), especialista em Internet, interface e multimídia. Universidade Federal Fluminense
Mestre em Saúde Pública (M.D.Public Health). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz).
Atualmente, coordena o Setor de Tecnologia da Informação do Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Doutoranda (PhD Public Health) da ENSP/Fiocruz
Colaboradora em vários projetos de telessaúde e Internet da instituição.
Membro do Comitê Assessor da Rede Universitária de Telemedicina (Rute Brasil).
Experiência na área de Comunicação, com ênfase em videodifusão, atuando principalmente nos seguintes temas: inovação e informação em saúde, tecnologias da informação, telessaúde, tv digital, exclusão social, Sistema Único de Saúde e gestão da informação e da comunicação.



LUISFERNANDO DE PAIVA SILVA GONCALVES

**Évora Portugal
E-mail: Luisgoncalves45@gmail.com**

Staff Pathologist. Histology and Histochemistry, Citology, Immunohistochemistry, Electronic Microscopic
Hospital de Curry Cabral, Lisboa - Portugal
Staff Pathologist and Head of Department. Histology and Histochemistry, Citology, Immunohistochemistry, Telepathology
Hospital de Garcia de Orta, Almada - Portugal
Staff Pathologist and Head of Department. Histology and Histochemistry, Citology, Immunohistochemistry, Flow Cytometry, Molecular Biology, Telepathology/Telemedicine, Biobank
Hospital do Espírito Santo – Évora, Portugal
Telemedicine Coordinator of Alentejo Region (Portugal)
Co-chair of UE Project COSTIC0604 – European Telepathology Network

Graduation on Medicine and Surgery. Faculty of Medicine, Classic University of Lisbon, Portugal
Specialist in Pathology since 1978
Scientific Activity: several local and international Meetings and Congresses in Europe and America.
Several scientific articles and communications, and the themes are: Anatomic Pathology, Telepathology, Telemedicine
Awards
2006 – Telemedicine Programme in Alentejo – Health Equity Award. Direcção Geral de Saúde – Portugal
2009 – European Cervical Cancer Award – Cervical Cancer Screening Programme in Alentejo. European Cervical Cancer Association – Brussels, Belgium
2010 – Cervical Cancer Screening Programme in Alentejo. European Enterprise Awards. IAPMEI – Lisbon, Portugal



MARIA JOSE NUNES VITORINO BRANQUINHO

Elvas, Portugal
zebranca@sapo.pt

Experiência profissional

Datas Desde 2008
Responsável do Gabinete de Gestão da Qualidade da Unidade local de Saúde do Norte Alentejano, Portugal;
Enfermeira Geral – Hospital de Santa Luzia, Elvas, Portugal;
Enfermeira Geral – Centro de Saúde de Estremoz, Portugal;
Enfermeira Geral – Instituto de Reeducação para jovens, Vila Fernando, Portugal;
Coordenadora do Departamento de Formação e Investigação – Hospital de Santa Luzia, Elvas, Portugal;
Consultora para a área de Qualidade e Formação – Administração Regional de Saúde do Alentejo, Évora, Portugal;
Responsável da área da Formação da Administração Regional de Saúde, Évora, Portugal;
Consultora para a área de E-learning e Teleformação do Programa de Telemedicina do Alentejo – Administração Regional de Saúde, Évora, Portugal.

Formação académica e profissional

Licenciatura em Enfermagem pela Escola de Enfermagem em Portalegre;
Certificado de Aptidão Profissional de Formadora pelo Instituto de Emprego e Formação profissional;
Bacharelato em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Évora.

Principais disciplinas/competências profissionais:
Enfermagem; Gestão da Qualidade, Formação e Investigação, Ensino Secundário e Auditorias na área da Saúde.

Actividade Científica

Presença em encontros e congressos locais, regionais, nacionais e internacionais, nomeadamente na Europa;
Publicou vários artigos;
Efectuou comunicações orais sobre os seguintes temas: Enfermagem; Hidatidose; Gerontologia; Gestão da Qualidade; Formação e Ética.



IVETTE MARCISCANO

Panamá, República de Panamá

FORMACION ACADÉMICA

Licenciada en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.
Maestría en Administración de los Servicios de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
Profesora Titular del Departamento de Gestión de los Servicios de Enfermería y Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.
Profesora "Clinical Lecturer". Universidad de Arizona. Tucson, Arizona desde el año 2007 hasta la actualidad.
Miembro de la Asociación Americana de Telemedicina (ATA)
Secretaría del Capítulo Latinoamericano y del Caribe de la Asociación Americana de Telemedicina (año 2007-2009)
Miembro del Programa Nacional de Telemedicina. Panamá
Miembro Observador, American Nursing Informatics
Miembro de Capital Area Roundtable on Informatics in Nursing (CARING).



AMANDA ORALIA GOMEZ GONZÁLEZ

México D.F.
email ajaba@hotmail.com
gomez.amanda@gmail.com

Profesión: Ingeniero en Comunicaciones y Electrónica
Grado: Maestra en Ciencias, Física aplicada y PhD en Ingeniería

FORMACIÓN ACADÉMICA

1972-1977 Facultad de Ingeniería Universidad de Guadalajara
Ingeniero en comunicaciones y electrónica 1978-1981 Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada (CICESE).
Grado: Maestría en Ciencias, Física aplicada, Instrumentación electrónica y telecomunicaciones.
1986-1991 División de Estudios de Postgrado Facultad de Ingeniería UNAM y Universidad Politécnica de Madrid
Grado: Doctorado en Filosofía (área Ingeniería)
Diplomado en Economía de la Salud, , Universidad Iberoamericana, con mención honorífica 2006
24 años Académica de la UNAM

1996 – enero 2007 Coordinadora Nacional de Ingeniería del Programa Nacional de Telesalud
Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado
1996-2002 Subdirector de Estratégica Técnica, Área General de Ingeniería y Tecnología Comisión Federal de Telecomunicaciones. **COFETEL**
Marzo –diciembre 2007 Coordinadora de Proyectos Especiales, Secretaría de Salud e Instituto de Salud del Gobierno de Chiapas.
Enero 2008- Directora de proyecto para Integral de Telesalud en Reclusorios Federales.
Enero 2010 Coordinadora de la Subcomisión Latinoamericana para la aplicación de las Tecnologías espaciales a la Salud, PNUD-ONU , COPUOS , VI Conferencia Espacial de las Américas

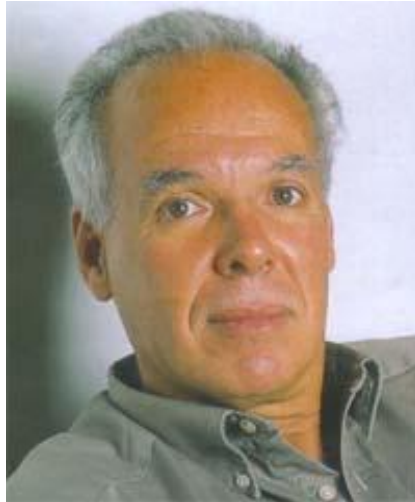
PUBLICACIONES 44 nacionales y 20 internacionales



FRANCISCO GÓMEZ - ALAMILLO
Secretario General de AHCJET

Nació en Toledo (España) donde llevó a cabo sus primeros estudios. De allí paso a Madrid donde se doctoró en Ciencias Físicas en la Universidad Complutense en 1970, tras un período de estudios en la Facultad de Ciencias en Orsay (Francia) y en el Instituto de Óptica "Daza de Valdés" del C. S. I. C. de Madrid. Obtuvo durante este último período de estudios una Beca March. Ingresó en el Centro de Investigación y Estudios de la Compañía Telefónica de España en 1970. Permaneció diez años en este centro donde fue responsable de numerosos proyectos relacionados con la introducción de nuevas tecnologías en las redes de telecomunicaciones, destacando su trabajo en el grupo de introducción de la Red Digital de Servicios Integrados. Fue asimismo representante de Telefónica de España en varios comités técnicos de la UIT y Presidente de la Comisión "Evolución de la Tecnología y Costes de la CEPT (Conferencia Europea de Correos y Telecomunicaciones)". En 1980 fue designado responsable del proyecto AHCJET para la creación de la Asociación Hispanoamericana de Centros de Investigación y Empresas de Telecomunicaciones y tras su constitución en 1982 fue designado Secretario General de la misma, cargo que desempeña en la actualidad.

Es además licenciado en Administración de Empresas, Computación y en Derecho. Es autor de numerosos artículos y ponencias relacionados con las telecomunicaciones, y ha pronunciado más de 50 conferencias en destacados foros internacionales.



TOMAS JOSE SANABRIA BORJAS

Caracas, Venezuela

Universidad Central de Venezuela, Escuela Medicina Medico Cirujano (15 Diciembre 1971).
Especialidad en Medicina Interna (SVMI y Colegio Medicos DF).
Especialidad en Cardiología (SV de cardiología y Col. Medicos DF)

Entrenamiento Medico y Experiencia Clínica

Yale-New Haven Hospital (Un. de Yale USA).
Internado. Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana
Residencia: Hospital Privado Centro Medico de Caracas
Residencia en Medicina Interna, Hospital Perif. de Coche
Internado en Medicina Interna, Carney Hospital (Universidad de Boston) Boston USA
Residencia en Medicina interna, New England Deaconess Hospital (Universidad de Harvard)
Postgrado (fellowship) Cardiología. New England Deaconess Hospital (Harvard Medical School)
Asistente en Medicina Interna. Peter Bent Brigham Hospital (Harvard Medical School), Boston, Mass, USA.
Profesor Instructor en Medicina Interna, Servicio de Medicina I Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela. Cardiólogo Adjunto Hemodinamista, Servicio de Cardiología Hospital Vargas de Caracas
Cardiólogo Adjunto Departamento de Hemodinamia Research-Fellow Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School) y Visiting Professor in Cardiology University of Massachusetts Medical Center
Profesor Extranjero –Programa Harrington - Escuela de Medicina de la Universidad de Miami. (1997 – 2010)
Telesalud Venezuela S.A. – Director Fundador.

Premios

Premio al Voluntariado Social – American College of Physicians / Capitulo Venezuela . Mayo 2001.
Premio en Innovación – Venezuela Competitiva -2008



MARCIAL GARCIA ROJO

Jefe de Servicio de Anatomía Patológica.. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Oviedo, España
Médico especialista en Anatomía Patológica.
Doctor en Medicina (Universidad Autónoma de Madrid, 1995) y Máster en Microinformática (1994).
Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), Vocal de Castilla-La Mancha.
Miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), Vocal de Comunicación y Proyección Social. Miembro de la Junta Directiva de la Digital Pathology Association (DPA)
Coordinador de IHE-Anatomic Pathology (IHE-Internacional e IHE-España).
Jefe de Redacción de Revista Española de Patología.
Coordinador de Sistemas de información del Hospital General de Ciudad Real.

Proyectos de investigación e innovación

Investigador principal. Proyecto europeo Euro-Telepath ("Telepathology Network in Europe")
Colaborador en los proyectos de innovación del SESCAM y particularmente en el proyecto regional de Telepatología (Proyecto Serendipia, Elaboración de estándares de informática médica y la utilización del recientemente publicado Technical Framework of Anatomía Patológica en IHE.
Coordinador de IHE-Anatomic Pathology en Europa.
Colabora en los grupos de trabajo para la definición de estándares en DICOM-WG26 (Secretario para Europa) y en el uso de SNOMED-CT.
Miembro del Consejo Asesor de Patología Digital de las Empresas Philips, Leica y Bioimage.

En los últimos 5 años ha participado en los siguientes proyectos de investigación de ámbito nacional (FIS y MEC), relacionados con telemedicina e imagen digital: TIN2007-61768.

"ImGraSeg: Segmentación de regiones, basada en técnicas de gradiente con criterio de forma, para un sistema en red de análisis de imágenes biomédicas". Convocatoria MEC.
DPI2004-01346. Sistema de tratamiento y digitalización total en microscopía óptica. Aplicación al diagnóstico de cáncer y enfermedades neurodegenerativas. Entidad: MEC. Plan Nacional de I+D+i
RD07/0067/0005. COMBIOMED – (continuidad de la Red INBIOMED).



MIKE GANN

SENIOR DIRECTOR OF GLOBAL HEALTHCARE

**WORLD AHEAD PROGRAM
INTEL CORPORATION**

Mike Gann es actualmente Director Senior para el segmento de Global Healthcare en el Programa Intel World Ahead. En esta capacidad, él es responsable de desarrollar estrategias globales de negocios, campañas de ventas, y asociaciones con el ecosistema de salud para mejorar la calidad, costo, y el acceso de la asistencia sanitaria. El Sr. Gann también está sirviendo en las Naciones Unidas - Junta Asesora de Iniciativa de Salud Digital con otros líderes mundiales para acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la salud.

En su cargo anterior, el Sr. Gann fue el Director del Alto Rendimiento de la Computación y Ciencias de la Vida junto al departamento de Ventas de Intel y el Grupo de Marketing. Su grupo fue responsable de trabajar con socios estratégicos y punto de inflexión cuentas que apuntan a acelerar la adopción de sistemas basados en Intel.

Antes de Intel, el Sr. Gann trabajó para Oracle Corporation y la Corporación Chevron en consultoría de negocios, marketing técnico, la investigación ambiental, e ingeniería de procesos.

El Sr. Gann tiene un MBA de la Universidad de Oregon y una licenciatura en Ingeniería Química de la Universidad Estatal de Oregon.



JOSE FERNANDO FLORES ARANGO

Antioquia, Colombia

Médico y Cirujano. Universidad de Antioquia
Magister en Ciencias básicas biomédicas. Corporación de Ciencias Básicas Biomédicas de la Universidad de Antioquia.

PhD en Informática en Salud. Escuela de Ciencias de la Información en Salud, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston.

Actualmente Docente de la Universidad de Antioquia y la Universidad Pontificia Bolivariana,
Informático Clínico en el Hospital Pablo Tobón Uribe y la IPS Universitaria.

Coordinador del Grupo de Investigación Informada de la Universidad de Antioquia.

Lider del grupo de E-Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Director de Investigación en OKORUM Technologies.

Consultor en Informática Clínica para la Industria del Software en Salud.

Adicionalmente hace parte de la red internacional CDM-TDR, red de manejo de datos para estudios clínicos para el TDR (tropical diseases research group) de la OMS.

Sus áreas de interés incluyen sistemas de apoyo a la toma de decisiones en medicina de condiciones extremas (zonas rurales, desastres naturales, escenario prehospitalario), diseño de interfaces en salud centradas en el usuario, administración de datos clínicos para estudios clínicos a la luz de las buenas prácticas clínicas, evaluaciones de usabilidad y apropiación de tecnologías apropiadas. Se ha desempeñado como consultor del Ministerio de la Protección Social en el diseño de una propuesta de sistemas de información en salud centrados en el paciente unificados para Colombia. Anteriormente ha sido docente de varias universidades del país, se ha desempeñado como médico de urgencias y de atención prehospitalaria.



DAVID THOMPSON, MD, FACEP
Schmitt-Thompson Clinical Content

Dr. Thompson is a part-time faculty attending in the Northwestern Memorial Hospital Emergency Department. Dr. Thompson has a Bachelor of Science in Engineering from the University of Illinois, where he also subsequently obtained his medical degree. He is board-certified in both internal medicine and emergency medicine, having completed a dual residency at Northwestern Memorial Hospital (Northwestern University). Dr. Thompson is a Fellow in the American College of Emergency Physicians.

Dr. Thompson has strong interests in the areas of telephone triage, quality improvement, and patient satisfaction. Working in collaboration with internationally known pediatrician Dr. Barton Schmitt, Dr. Thompson has authored a comprehensive set of telephone triage protocols for use in medical call centers and physician offices. He is the author of Adult Telephone Protocols: Office Version; 2nd Edition, published by the American Academy of Pediatrics (AAP). He has served as both chair and/or member of hospital-based and national quality assurance committees. He has developed databases and educational tools to promote benchmarking and quality improvement for medical call centers and emergency departments. He has published a number of medical articles, with several in two fields of special research interest to him: patient satisfaction and chief complaint coding. Dr. Thompson lectures in the areas of telephone triage, professional coding, quality improvement, and patient satisfaction. David Thompson, MD also serves as Chief Information Officer for Emergency Consultants, Inc. (ECI) and for Apollo Information Services, Inc. (AIS). In this role he provides strategic guidance and leadership for the technology initiatives of both companies.



LESS MORTENSEN

HealthCare Call Centers in the USA: History and Type of Calls Handled

Presenter: Les Mortensen, Founder and President of LVM Systems. LVM Systems has provided HealthCare Call Center solutions and related support services to hundreds of clients for over 22 years.

Mr. Les Mortensen is the founder and president of LVM Systems. As an accomplished software engineer, Mr. Mortensen also serves as the company's CIO. In this capacity, he designed and development LVM's original Health Care Call Center software. He has a Bachelor of Sciences Degree in Accounting from Arizona State University (1980). He is active in the community having held leadership positions in Scouting such as Scoutmaster and Varsity Scout Coach.

Mr. Mortensen has guided LVM Systems over the past 20 years into one of the largest and most successful Health Care Call Center vendors in the United States. He is recognized as one of the industry leaders and has remained actively involved in the industry since its founding.

Hundreds of Health Care Call Center sites rely upon LVM solutions and related support services to run their successful call centers. LVM has a staff of 60+ people and produces multi-millions in annual sales revenue.



DAN McCAFFERTY

**Vice President Global Sales & Corporate Development
AMD Global Telemedicine, Inc.**

Dan is responsible for AMD's Global Sales efforts as well as Corporate Development.

He brings a diverse and deep background to the leadership of AMD.

Dan manages the AMD Telemedicine Design Group and is also responsible for spearheading the formation of both AMD's Telemedicine Encounter Management System (TEMS™) and AMD Dynamic Encounter Network (ADEN™).

Dan's twenty five –(25) year career has included senior roles in; Manufacturing Operations, Marketing, Sales, Business Development and Professional Services at Aspect Communications (formerly Davox Corp.), Lernout & Hauspie Speech Products, Telekol (acquired by Nokia) and most recently as the President/CEO of SteelTorch Software.

The common theme throughout Dan's career has been one of driving growth for technology based, telecommunications related companies with high value product propositions.

Dan's vision and drive saw Lernout & Hauspie's North American Telecom market sales rise 250% year to year, Telekol to be acquired by Nokia and SteelTorch to acquire a European competitor in a cash accretive transaction.

Dan is a member of the American Telemedicine Association and the Canadian Society of Telehealth. His alma mater is the University of Massachusetts at Lowell – Business Administration – Operations.



CLAUDIO PELÁEZ VEGA

Armada (León)- España

C/ Colón, nº 12- 06100 Olivenza (Badajoz)

Teléfono : 924 490 701- 680458596

Email: claudio.pelaez@ses.juntaex.es

FORMACIÓN ACADÉMICA

**Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo (1972-1978).
Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (1996)**

RESUMEN DE VIDA LABORAL

- Desde el año 1978 hasta el 1983 – Médico de Cabecera en "Los Ancares Leoneses" en el Bierzo (LEON).
- Desde el 1983-2003-Médico en el Centro de Salud de Olivenza (Badajoz)
- Desde el 2003 hasta ahora-Coordinador de Telemedicina del SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES) coordinando la implantación de la Telemedicina en Extremadura .

Comentario: Solamente me gustaría recalcar que toda mi vida profesional se ha desarrollado en el entorno rural, al pie del paciente y que he vivido el aislamiento, la soledad del profesional sanitario, la mayoría de las veces "solo ante el peligro", y que la telemedicina ha significado ese "algo" que puede ayudarnos a profesionales y pacientes a mejorar en nuestras habilidades y acercarnos a los recursos imprescindibles para conseguir una sanidad de calidad..



MARIA TERESA MIJARES

Magíster en Administración de Rmpresas. Université du Québec, Montréal. Canada.

Especialización en Telemedicina Avanzada. United States Technology Training Institute.

Terapista Respiratoria. Southern Illinois University, Carbondale Illinois, USA.

Es la actual Directora y Co-Fundadora del INSTITUTO DE TELEMEDICINA Y ESALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO y de la FUNDACION ECUATORIANA DE TELEMEDICINA Y ESALUD ambas instituciones sin fines de lucro dedicadas a la difusión, promoción y colaboración en proyectos relacionados a la Telemedicina y Telesalud.

Desde el año 2001 Maite ha estado vinculada a la Telemedicina.

Ha participado activamente de varios proyectos nacionales e internacionales:

- Líder del Proyecto "TELE-ENFERMERIA Y TELESALUD: APLICACIONES PRÁCTICAS EN ENSEÑANZA Y TELECONSULTAS" 3era. Convocatoria CEPRA/ CEDIA. Ecuador.
- Miembro del PROYECTO BID-POLITICAS DE TELESALUD PARA LATINOAMERICA.
- Miembro del Laboratorio de Excelencia de Telesalud de América Latina y Europa.
- Evaluador certificado para proyectos de Redes Temáticas y Acciones de Programa CYTED.
- Miembro del Grupo de trabajo de la Comisión Económica para Latinoamérica y El Caribe (CEPAL) (ECLAC)
- Miembro del proyecto QUIPU-INFORMATICA EN PARA LATINOAMERICA.
- Asesora local proyecto colaborativo de Telesalud FUNDAMYF - CAF-USFQ- TELESALUD VENEZUELA.
- Miembro Ecuador del Proyecto de Telemedicina Rural Materno Infantil de CYTED. Europa-Latinoamérica.
- Representante en la Pregunta 14-1/2. de la UIT(Unión Internacional de Telecomunicaciones).

CONFERENCIAS

INFRA-ESTRUTURA DE CONEXÃO PARA A AMAZÔNIA LEGAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

*Angélica Baptista Silva
Instituição Fundação Oswaldo Cruz
Diretor Paulo Ernani Gadelha
Tio de Janeiro, Brasil*

Introdução

A Amazônia é uma área de difícil acesso, com taxas de mortalidade infantil acima da média de outras regiões brasileiras e alta incidência de doenças tropicais negligenciadas e re-emergentes tais como a malária e a tuberculose. De baixa densidade demográfica, a região é desinteressante para as operadoras de telecomunicações pelo alto custo de implantação de serviço para pouco retorno econômico imediato. Sofre, portanto, de um amplo processo de exclusão digital com impacto nos determinantes sociais de saúde de sua população.

A telessaúde precisa de conexão e de dispositivos para modificar esta conjuntura. Por isso, a Fiocruz desenvolveu duas estratégias de enfrentamento deste problema: priorização de distribuição de pontos de recepção de televisão digital aberta na região amazônica e a realização de um projeto de pesquisa com prova de conceito de uso do sistema de videoconferência móvel na Amazônia.

Material e Métodos

O Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz começou a operar como emissora em 2010 com cobertura satelital em toda Amazônia Legal. Foram distribuídos equipamentos de recepção para o país com prioridade para os estados amazônicos e do nordeste e produzidos programas nas localidades.

Já o Projeto Telessaúde Dengue levou equipamento de videoconferência móvel para a unidade da Fiocruz na Amazônia a fim de serem utilizadas por instituições de ensino, pesquisa e inovação em saúde, seguindo as seguintes etapas: foi identificado um dispositivo adequado ao problema local; reuniram-se instituições interessadas em usar o equipamento; estabeleceu-se um consenso quanto ao conjunto restrito de processos que deveriam poder ser demonstrados com o uso de videoconferência móvel para aplicação em telessaúde. A prova de conceito constitui-se num modelo prático que pode provar uma teoria estabelecida por uma pesquisa e está em andamento.

Resultados

A videoconferência móvel funciona dentro das instituições. Identificaram-se usos imediatos de apoio à pesquisa clínica, teleeducação e teleassistência. A regionalização de produção de conteúdo de parte da grade do Canal Saúde traz opções inéditas de promoção da saúde da população local.

Conclusão

Ambas as ações são incipientes, porém já sinalizam perspectivas. É possível fazer telessaúde na televisão e com dispositivos móveis dentro da Amazônia. É preciso pensar em aparelhos específicos, que possam inclusive acessar satélites. Um ponto muito importante para a agenda pública dos países amazônicos é a inclusão digital destas áreas com o barateamento ou gratuidade dos serviços de telecomunicações para serviços essenciais de saúde, educação, desenvolvimento científico e tecnológico.

QUINCE AÑOS DE TELEMEDICINA DE MANIAPURE LECCIONES APRENDIDAS DE UNA EXPERIENCIA RURAL PARTIENDO EN EL NIVEL MAS BÁSICO DE ATENCIÓN .

*Tomás J. Sanabria B.
Caracas, Venezuela*

Definición

El termino TELEMEDICINA se refiere al uso de las tecnologías de la informática y telecomunicación y su aplicación a la salud en general.

Las definiciones son muchas y van desde llamadas telefónicas de una madre al pediatra que ve a su hijo hasta la cirugía robótica en la cual el cirujano responsable esta a miles de kilómetros de distancia de el sitio donde el paciente esta siendo intervenido.

En nuestro caso el gran cambio lo genero la masificación de una herramienta como el Internet , y es sobre esta herramienta , accesible a la enorme mayoría de las personas que basamos nuestra experiencia.

La Mayoría de los programas de Telemedicina actuales han sido originados partiendo de los mas altos estratos de los Gobiernos y sus entes responsables de administrar salud , llámense Ministerios , Departamentos o cualquier otro nombre que cumpla con esas funciones . De esos altos niveles suelen posteriormente ser llevados a los niveles mas bajos de atención , usualmente con aprendizaje enormemente costoso y frecuentemente poco costo-efectivo.

Hemos visto enorme cantidad de Programas , Planes y Proyectos en muchos países que tienen excelentes publicaciones , plasmadas en bien elaborados documentos de planificadores y que nunca llegan a concretarse y este esfuerzo nunca llega a beneficiar a los mas necesitados.

Nuestra experiencia parte de un origen diferente , y se inicia en la base de la pirámide de atención . Comienza sitios de lo mas remoto y aislado del país y luego sube a los niveles mas altos de atención pasando por segundo y tercer nivel y sub-especialidades médicas y salud en general.

Historia y experiencia de más de 15 años en Maniapure

La historia del proyecto se inicia por viajes turísticos , familiares y de “aventura” en regiones remotas de extraordinaria belleza desde los años 60's , en la cual los primeros visitantes tuvieron una estrecha relación con los habitantes locales (indígenas y criollos mestizos) y les apoyaban en educación y necesidades básicas (www.maniapure.org) . Esto se sigue de visitas regulares de profesionales de salud que en el curso de las décadas, se hicieron planes de consultas regulares durante esas vacaciones , se pudieron habilitar espacios en alianza con una ONG (Asociación de Damas Salesianas / ADS) desde 1990 y finalmente se contrató un medico fijo desde 1995 lo cual le dio inicio formal al programa de atención sistemática conocido como Programa MANIAPURE y posteriormente identificado como Fundación Proyecto Maniapure.

Una de las características fundamentales e innovadoras del proyecto fue la importancia que se dio a las telecomunicaciones .

Se pasó por varias etapas para apoyar al médico remoto y asistirlo a distancia :

- 1-. -Radio de dos vías desde 1995 hasta 1997.
- 2-. -Desde 1997 se incluyó Telefonía satelital con posibilidad de FAX (y transmisión de imágenes por esa vía : gráficos , electrocardiogramas etc.)
- 3-. -y desde 1999 la entrada de Internet Satelital fue lo que generó el cambio mas importante .

La posibilidad de conexión vía Internet eliminaba la sensación de aislamiento de los profesionales de salud que allí se encontraban, la posibilidad de tener acceso a sus pares y subespecialistas y la presencia de un “ médico fijo” convirtió el centro en polo de atracción a estudiantes del último año de carreras en salud como han sido: medicina , odontología , nutrición , bioanálisis quienes suelen realizar “pasantías” de 10 a 12 semanas cada uno. Para finales del año 2010 significa cerca de un mil jóvenes que han vivido dicha experiencia profesional.

Reproducibilidad

El conocimiento de la existencia de dicho tipo de servicios se difundió y en forma casi simultánea se presentaron situaciones causales:

1-. Nuestra empresa aliada en Telecomunicaciones (CANTV) pidió presentar nuestra experiencia ante la U.I.T. (Unión Internacional de Telecomunicaciones) en Ginebra , Suiza , y tras generarse la impresión de un programa de exitoso, con entusiasmo se nos donó la conexión con dos antenas satelitales adicionales para utilizar con el mismo fin en comunidades cercanas a la región de Maniapure.

2-. Independientemente, líderes de comunidades indígenas remotas en el Parque Nacional Canaima (Kamarata) , muy distantes de la región de Maniapure , nos pidieron se les informara y luego apoyamos para instalar un sistema de telemedicina localmente , para esto fue necesario llevar a cabo reuniones con los capitanes de 11 comunidades indígenas.

En ambos casos aprendimos que nuestra metodología de trabajo, ya con mas de 10 años de experiencia, podría ser reproducida en tan solo 3 meses ya que teníamos el conocimiento y las redes para reproducir la experiencia en muy poco tiempo. Así ampliamos nuestra experiencia con 4 puntos nuevos : la población de La Urbana y caserío de El Guarray en la región de Maniapure y en las comunidades de Kamarata y Wonken en la Guayana Venezolana.

Todo esto en concordancia con las autoridades de salud regionales y nacionales.

El Modelo Operativo

La experiencia de Maniapure se convirtió en una solución muy exitosa en dos aspectos fundamentales:

1-. Mejorando la atención médica a los pacientes, apoyándose en médicos de mayor experiencia y médicos especialistas , que con anterioridad nunca eran accesibles para esas comunidades.

2-. Facilitando el reclutamiento de profesionales de salud quienes sin el acceso a Internet estarían totalmente aislados .

El modelo operativo se centra en 3 niveles de atención:

A-. En Centros de Salud, Puesto de Salud o Ambulatorios Rurales , sitios frecuentemente remotos y aislados de donde parte la solicitud de consulta.

B-. En el CENTRO de TRIAJE VIRTUAL o CTV especie de Central de Llamadas o “Call Center” para consultas de Internet. Allí son recibidas las consultas por Medic@s Internistas o bien Licenciad@s en Enfermería , quienes hacen la primera evaluación del caso , tratan de buscar una respuesta apropiada y de no ser eso posible es automáticamente dirigida a los especialistas, también vía Internet .

C-. Los Especialistas, quienes están disponibles por vía Internet en cualquier sitio en donde ellos tengan acceso a esa herramienta, quienes reciben la consulta del CTV y la responden al CTV quien a su vez la redirecciona al personal “remoto” consultante del primer nivel...

Para lograr esta comunicación en forma confiable , segura, amistosa y que dejase registro en el tiempo se desarrolló un aplicativo web durante casi dos años de trabajo en línea con los médicos rurales quienes ya estaban trabajando su medicina convencional rural y el grupo de programadores dirigido por nuestro entusiasta socio y líder en tecnología el ingeniero Morel Orta.

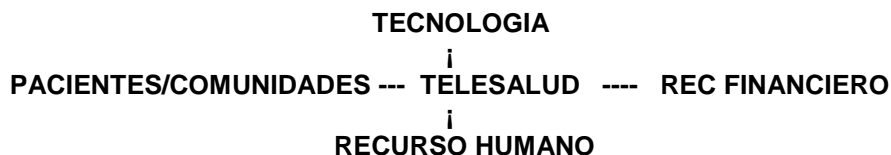
Buscando sostenibilidad

Trascurridos 10 años de actividad en Telemedicina desde el Centro La Milagrosa /Maniapure y un año de replicada la experiencia en otras 4 comunidades , entendimos que la Fundación Proyecto Maniapure no contaba con recursos suficientes ni siquiera para atender, como deseado, la región que era su razón de ser.

La única forma de mantener esta experiencia en expansión y poder favorecer a otras comunidades era a través de alguna organización sustentable que generase sus propios fondos para la operación , la cual se hacia cada vez mas compleja y requería mas personal.

Así nace la empresa Telesalud de Venezuela , organización cuya misión es replicar experiencia similar a la de Maniapure con financiamiento logrado de empresas e instituciones públicas o privadas que incluyan responsabilidad social dentro de su agenda.

Los elementos participantes se basan en 4 piernas :



1-. Los **PACIENTES** o **PERSONAS NECESITADAS** (comunidades)

Este aspecto es abundante , visible a simple vista en nuestras sociedades latinoamericanas y muchos otros sitios del mundo.

2-. La **TECNOLOGIA**

Ella avanza a pasos agigantados , nos “ arropa” con su velocidad de desarrollo , tanto en área de telecomunicaciones , tecnología médica e informática en general. Se compra con dinero y es cada día mas disponible y mas económica.

3-. **EI RECURSO HUMANO**

Lo tenemos en nuestro país , partiendo de nuestras excelentes Universidades , de una altísima calidad y formación. Presentes tanto en el área de salud como en la tecnológica. Debe entrenarse y motivarse a ese personal hasta hacer esta metodología “propia “ para ellos.

4-. Los **RECURSOS FINANCIEROS**

Ciertamente uno de los puntos que limita la fácil aplicación de los métodos , pero es un recurso “existente” y disponible si se sabe ubicar.

La responsabilidad social en este siglo XXI está presente en todos los estratos y revelando transparencia y credibilidad, esos recursos aparecen.

Para la interacción de estos 4 elementos , la coordinación entre ellos , la formación y el seguimiento y mantenimiento de los servicios hace falta una organización prestadora de **SERVICIOS , GERENCIA Y FORMACION** que es la función que en este caso llevan adelante la Fundación Proyecto Maniapure en su limitada área de acción y Telesalud ® como la prestadora de servicios en toda otra región geográfica.

Algunos conceptos aprendidos

A-. La comunidad o usuario final es el elemento mas importante para que el programa sea operativo y se mantengan equipos y metodología en uso. De no existir una organización o grupo de personas que hagan propio el sistema de Telemedicina local , que apoye el funcionamiento del mismo y que esté velando por los equipos técnicos (fuente de energía , conexión a Internet , computadoras con sus periféricos etc) y simultaneamente vele por el uso adecuado de los sistemas de consulta , los chances de fracaso del programa son muy altos.

B-. Solo una minoría de los “pacientes” atendidos en un Centro de Salud requieren consultas de Telemedicina. 95% de los consultantes (pacientes) pueden obtener respuesta adecuadas del personal de salud primario (medico , enfermer@ , para medico etc.)

Cerca del 5% de los casos no son resueltos o generan dudas que deben ser consultadas a terceros (especialistas) o quien tenga acceso a información actualizada. De ese 5%, 80% pueden ser resueltos localmente con la opinión de estos especialistas o centro a donde se eleva la consulta (Centro de Tiraje Virtual o CTV) Solo el 20% de las “teleconsultas” ameritaría ser trasladados a centros de atención de mayor nivel (Hospitales con Especialistas etc.) .

De ser estos números ciertos , números cercanos al 1-2 % de los consultantes ameritaran salir de su comunidad , y el resto de los que asisten al centro de salud pueden ser resueltos localmente ,generándose enormes ahorros en lo referente a transporte y desplazamiento innecesarios.

C-. La Sub-Utilización del Servicio de Telemedicina es frecuente

La Resistencia al cambio , particularmente por el personal de salud es un hallazgo común y muy especialmente por nosotros los médicos. Frecuentemente tenemos la convicción de “que lo hacemos bien” y estas tecnologías nos apoyan poco. La motivación y el tiempo de “re-entrenamiento” en la herramienta de teleconsulta es importante y debe incluirse desde un principio al personal de salud “para-Médico“ en el mismo , quienes a la vez suelen ser buenos “motivadores” para el Medico en la aplicación de esa metodología. Tras ver los primeros resultados , suelen convertirse en los mayores entusiastas del sistema.

D-. Debe asignarse espacios que faciliten el trabajo al personal de salud que atiende a los pacientes.

El ordenador/computadora , escáner y cámara fotográfica donde trabaja la Telemedicina debe estar en la misma sala de examen. Si se encuentra en un sitio distante , el realizar la Teleconsulta se hace cada vez menos frecuente y hay riesgo de que se deje de utilizar. Un Infocentro (o equivalente) cercano no es base apropiada para la operación de un sistema de Telemedicina .

E-. Realizar una Teleconsulta puede duplicar el tiempo de atención a un paciente en particular.

Un tradicional comentario de quienes no conocen la operación de un sistema de telemedicina es : “ como es por computadora eso lo hacen rapidito , y por lo tanto hágalo en su tiempo libre ¡!!”

Cuando un paciente genera una duda al medico , o personal de salud este requiere “ordenar “ ideas , re-examinar el paciente para asegurarse de su primera impresión , adquirir imágenes fotográficas pertinentes de buena calidad , lo cual consume tiempo y finalmente escribir estas impresiones en el formato que será enviado.... Lo importante a entender es que ese tiempo adicional invertido en ese caso puede significar un ahorro enorme en horas de traslado , mejor atención médica y por lo tanto mayor efectividad para el sistema de salud en general.

F-. Debe ser un trabajo asignado y pagado como tal . Tanto a nivel del Centro de Salud / Ambulatorio Rural , como en el Centro de Triage Virtual como el especialista que es consultado el tiempo dedicado a Telemedicina debe ser reconocido como tiempo de trabajo efectivo y por lo tanto remunerado. En épocas previas a la existencia de Resonadores Magnéticos , Quirófanos Híbridos o Unidades de Hemodinámica no existía el espacio ni el tiempo para hacer ese tiempo de atención .Hoy en día existen esos espacios y quien trabaja para que ellos funcionen.

La telemedicina no es una excepción y debe ser concebida como una herramienta mas en los sistemas de Salud hospitalario.

No percibo un hospital o Centro de Salud en el futuro cercano que no aproveche las bondades de la tecnología de Informática y Telecomunicaciones para la optimización de manejo de sus pacientes, y acercarse mas a optimizar costo / efectividad de la ya costosísima atención en salud de un país.

El deficit de profesionales en Salud. Cambios en la Atención Médica Global

Desde los años 1970 se visualizaba un déficit de médicos * y hoy en día se habla de un déficit global de cerca de 3 millones de médicos a nivel mundial. Para mayor preocupación estos médicos no están uniformemente distribuidos y muchos países por razones económicas , técnicas o políticas sufren de emigraciones que reducen la capacidad de atención de sus sistemas de salud.

Reportes recientes de los Estados Unidos de N.A. hacen proyecciones estimando en ese país un déficit de cerca de 130.000 médicos para el año 2025.

Esto se debe a diferentes factores :

A-. un Mayor numero de personas que entran al sistema de salud , previamente excluidos y una población que progresivamente envejece con promedios de vida mayores.

B-. Menor numero de médicos por pacientes , menor numero de especialistas proporcionales.

Esto hace necesarios aprovechar a un máximo el conocimiento y experticia ya adquirida por los especialistas en áreas que conocen con mucha profundidad , y la cual debe llegar al mayor numero de enfermos con esa dolencia puntual.

El uso de la tecnología de la Informática y Telecomunicación (TICs) es la forma mas adecuada para difundir el conocimiento del especialista y sub-especialista y que este llegue al paciente necesitado no importando donde se encuentre.

La utilización del concepto de “Centro de Triage Virtual” o cualquier otro nombre que se le quiera dar a este centro de recepción de consultas , similar al concepto de “call center” nos ha dado acceso a la “Red” de especialistas existente.

Partiendo de la experiencia RURAL hemos actuado los últimos años en la medicina RURAL URBANA haciendo alianza con empresas farmacéuticas, dando así acceso a la medicina actualizada en los barrios frecuentemente sobrepoblados y de bajo recursos aislados del sistema de salud general , tan frecuentes en la periferia de nuestras ciudades latinoamericanas.

Más recientemente y con el mismo Centro de Triage como “corazón” del sistema, estamos incursionando en Atención Médica Domiciliaria, en forma individual y /o en hospitales de crónicos como pueden ser ancianos o equivalentes.

Aplicación de este concepto a nivel regional

El aspecto donde se obtiene un mayor y más rápido beneficio tras implantar un sistema de telemedicina como los que aquí proponemos, es en las regiones, estados o países con grandes extensiones de terreno, con baja densidad de población y en los cuales las distancias o bien características geográficas dificultan la atención de las personas.

Estas son un denominador común en Latinoamérica y si a esto sumamos la pobreza que dificulta a los pobladores el desplazamiento a los centros de atención especializados se incrementa el número de excluido del sistema de atención en salud.

Problemática exactamente similar esta presente en países más ricos e industrializados donde han quedado bien plasmados los beneficios y costo efectividad del uso de dichas herramientas.

Hemos visto con preocupación como en muchas regiones y países se ha tratado de implementar costosísimos sistemas de telemedicina, en los cuales encontramos bellísimos auditorios con los más avanzados sistemas de comunicación y son utilizados esporádicamente (tan poco como una o dos veces al año) para algunas conferencias con Universidades a distancia o bien organismos multilaterales y allí se queda el concepto de Telemedicina, frecuentemente con grandes propagandas de parte de los responsables, y sin dan ningún beneficio a quienes tanta atención en salud requieren.

Igualmente hemos visto programas Nacionales de Telemedicina donde se instalan conexiones de alta velocidad y ancho de banda, o equipos avanzadísimos y de costos exorbitantes que luego son sub-utilizados. Sin duda la tecnología actual permite manejar información de imágenes medicas como son tomografías, resonancias e imágenes de altísima resolución e inclusive hacer cirugía robótica etc. Desafortunadamente esto ocurre sin tomar en cuenta el “costo-efectividad” de la atención, a patología mucho más frecuentes y sencilla de resolver como son enfermedades tropicales, parasitosis, malaria en las que probablemente se pueden salvar a 20 pacientes con la inversión necesaria para atender a un paciente con enfermedades mucho más complejas.

Ambos grupos de pacientes ameritan atención y tratamiento, pero el estado administrador debe concientizar el uso de la tecnología para esa atención a las masas menos protegidas.

Obstáculos y cómo solventarlos.

Los sistemas de salud en cada país suelen ser responsabilidad del estado y en la mayoría de los casos, el estado “solo” y aislado tiene dificultades para lograr una salud Universal y de alta calidad científica, técnica y humana, por lo que el trabajo conjunto con el sector privado permite así descargar costos de la atención en los más necesitados. El sector privado por lo tanto está obligado a reportar y seguir las pautas del sector oficial.

Parte del éxito de nuestro modelo ha sido que desde el primer momento se trabajó en conjunto con las autoridades regionales y nacionales en salud y así nos integramos a sus objetivos en materia sanitaria, vacunación, nutrición y sistemas de reporte etc. Apoyando así a los pobladores rurales y al sistema de salud oficial.

Nuestra experiencia ha sido posible gracias al enorme aporte de muchas instituciones privadas, ONG’s nacionales e internacionales, voluntarios, empleados y gerentes individuales del sector público y privado con conciencia y responsabilidad social que han permitido con el visto bueno oficial el equipamiento, educación/formación y atención del personal local para el uso de la tecnología.

Quienes creen que la adquisición compra o equipamiento de Centro de Salud (ambulatorios) es la forma del resolver el problema, están muy equivocados ya que somos lo seres humanos quienes hacemos que todo ese armamentario tecnológico sea utilizado o no.

En la educación, seguimiento, mantenimiento y motivación está el importante cambio y estamos convencidos debe llevarse a cabo desde el ambiente universitario o de las manos con el.

En las alianzas vemos la clave del éxito.

Conclusiones

La palabra Telemedicina es un termino muy atractivo: es moderno y se refiere a salud, lo que toca a TODOS.

Enamora fácilmente a personas con motivación y responsabilidad en la materia.

Hemos oído propuestas para “masificarlo rápidamente instalando cientos de centros a la vez”. Esta es la “forma mas fácil de llevar un proyecto de telemedicina al fracaso” y acabar con el. ¿Pero porqué ?

La razón es que el “cuello de botella” no es la tecnología o la informática médica, ni lo es la creación de un plan de trabajo, ni la adquisición de sistemas de telecomunicación (la conectividad es el eje del sistema pero accesible comercialmente) sino el RECURSO HUMANO y particularmente el recurso humano de salud (médico, enfermeras etc), ya que este ha sido el mas difícil de incluir.

A esto sigue educación básica en computación , uso de herramientas como Internet , la Web , la fotografía digital científica básica que son parte de esa formación orientada al aprovechamiento de la telemedicina.

Los aspectos gerenciales de esa formación , entrenamiento , motivación y mantenimiento regular de equipos tecnológicos y del recurso humano por igual es lo que hará posible este cambio en la atención de salud, sin tener que esperar años y quizás décadas, teniendo la solución a la mano.

Bibliografía

- 1- Sanabria, Tomás ; Pocaterra ,Leonor. “Conceptos y Programa de Atención Médica Primaria y Social en las Comunidades Rurales del Area de Maniapure , Estado Bolívar”. Gaceta Medica de Caracas- Organo de la Academia Nacional de Medicina y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. Vol. 105 – Nº 3 pag. 340-345, Julio –Septiembre 1997.
- 2- Añaguren M.A. ;Ibarra, Carlos; Pocaterra,Leonor ; Bderti, Zaira; Correa, Isabel; Levesque,Tanguy; Sanabria ,Tomás. “Reporte y Seguimiento de un Programa Comunitario Médico-Social: Proyecto Maniapure año 2000. Gaceta Medica de Caracas- Organo de la Academia Nacional de Medicina y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. Vol. 109 – Nº 1 Pag 73-81, Enero-Marzo 2001 .
- 3- Tomás Sanabria B: “Proyecto Maniapure”. Revista Aviación General #22 2001 Dep.Legal PP 80-0226. pp 7-13
- 4- Sanabria, T. En: “Responsabilidad Social Empresarial- Visiones Complementarias ”Hacia un Modelaje Social “- VenAm Chamber Grupo Intenso 2010 ISBN:978-980-6666-03-0. Capitulo RSE y Areas de Acción - Responsabilidad Social Empresarial y Salud pág 317-321
- 5- Vilchez,Hugo; Sanabria ,Tomás. Medical Lifeline to Maniapure. Business Venezuela BV-286-VenAmCham - August-September 2007 pp 66-68.
- 6- Iribarren,Gabriela; Sanabria ,Tomás. Telemedicine – When Distance is not an Obstacle. Business Venezuela BV-241-VenAmCham - Noviembre 2001 Pages 46-48.
- 7- Gordon,Isadore: Medicine:The Doctor Deficit, Time Magazine (TIME.COM); Sept. 20,1971. World Health Manpower Shortage 1971-2000
- 8- www.amednews.com. Deficit de 130 mil médicos en EUA al 2025 - Association of American Medical Colleges AAMC, 20 Octubre 2010
- 9- Lee,T.H. et al. The Future of Primary Care N.Engl.J.Med. 359;20:2085-2087
- 10- Diario El Mundo 5 Nov. 2004 – pag. 22 Eva Crisostomo “proyecto Maniapure- Modelo de Acción Social Sostenible”
- 11-Diario Ultimas Noticias. 8 Feb 2009 –pag.48. Hugo Prieto –“Con el satélite podemos dar el gran salto