

PROGRAMAS DE SALUD Y BRECHA DIGITAL¹

ADELA MESA DEL OLMO²

Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea

Adela.mesa@ehu.eus

La administración del Estado aprobó en 2008 el programa “Sanidad en línea” como guía para la introducción en España de las TIC en el ámbito sanitario. En un estudio precedente hemos constatado la inexistencia de planes específicos de sanidad electrónica en las Comunidades Autónomas. No obstante, diferentes programas de sanidad se han implementado en dichas Comunidades autónomas. Extensión de las Tecnologías de la Información y de la comunicación (TICs) facilitará la implantación de dichos programas; sin embargo, aún quedan *gaps* que dividen a los conectados de los no conectados y ello puede generar brecha también en la salud y las prestaciones sanitarias. ¿Existen planes de e-sanidad en las comunidades autónomas? ¿Están los planes de sanidad de las Comunidades Autónomas en España adecuadamente planteados de forma que fomenten la inclusión digital? ¿Tienen las Comunidades Autónomas una forma propia de abordar esta cuestión? Entre los hallazgos, destacamos que los planes de e-sanidad de

-
- 1 Este artículo se ha realizado en el marco de dos proyectos de investigación. Por un lado, la investigación denominada “Brecha Digital e Inhibidores en la Implementación del e-Gobierno. Especial Impacto en el Ámbito de la Salud” (CSO2014-53014-R), Proyecto de I+D+I, del programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación orientada a los retos de la Sociedad y financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Y, por otro, el proyecto “Desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y autóctona en el País Vasco” (proyecto financiado por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (EHU14/55) y dirigido por la Dra. Elena Rodríguez Álvarez. Además, gran parte del contenido de este artículo se desarrolló durante una estancia de un mes como *visiting scholar* en la Oxford Brookes University, gracias a la hospitalidad del *Department of Accounting, Finance and Economics*, durante el mes de julio de 2016 y parte de septiembre del mismo año. Una versión más reciente se ha presentado en el XIV Congreso de la Asociación Española de Ciencia Política y de la Administración (AECPA) celebrado en Salamanca (España) del 10 al 12 de julio de 2019.
- 2 Adela Mesa es Profesora Titular de Ciencia Política y de la Administración en la Universidad del País Vasco. Ha dirigido diferentes investigaciones sobre gobierno electrónico y brecha digital. El proyecto más reciente es (2015–2018) “Brecha digital e inhibidores en la implementación del eGobierno. Especial impacto en el ámbito de la salud” (MEC). Asimismo, trabaja en el estudio del gobierno abierto y la nueva gobernanza pública, temática sobre la que acaba de publicar “Políticas de gobierno abierto”, en Caminal Badía, Miquel y Xavier Torrens (ed.) (2019): *Manual de Ciencia Política, Tecnos*. Quinta edición.

las CCAA raramente incluyen referencias a paliar la brecha digital en salud. Concluimos destacando el mimetismo de las CCAA en esta cuestión respecto al Estado, descargando en esta entidad superior la responsabilidad de la implantación de la e-sanidad en el territorio estatal.

Palabras clave: E-sanidad, E-inclusión, Planes Públicos, TICs, Comunidades Autónomas.

HEALTH PROGRAMS OF THE CCAA. PRIORITY LINES IN THE E-HEALTH AND DIGITAL DIVIDE

In 2008, the State administration approved the “Health on line” program as a guide for the introduction in Spain of ICT in the health field. In a previous study we have verified the absence of specific plans of electronic health in the autonomous communities. However, different health programs have been implemented in the different autonomous communities. Obviously, the greater extension of Information and Communication Technologies (ICTs) the better for the implementation of such program; However, there are still gaps that divide the connected from the unconnected and this can also generate inequalities in health and healthcare. Are there e-health plans in the autonomous communities? So that, are the e-health plans of the autonomous communities in Spain adequately set up in a way that encourages digital inclusion? Do the Autonomous Communities have their own way of dealing with this issue? Among the findings, we highlight that the e-health plans of the Autonomous Regions rarely include references to alleviate the digital divide in health. We conclude, highlighting the mimicry of the Autonomous Communities in this issue regarding the State, unloading in this superior entity the responsibility for the implementation of e-health in the state territory

Keywords: E-health, E-inclusion, Public Plans, ICTs, Autonomous Communities.

INTRODUCCIÓN

La e-Salud (*eHealth* en su expresión inglesa) es un campo en expansión dentro de los diferentes gobiernos y Administraciones públicas y expresa que nos encontramos en un estadio avanzado de desarrollo del denominado gobierno electrónico. De hecho, toda esta transformación arranca con la introducción de las tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en los Gobiernos y, más específicamente, en sus administraciones públicas, hasta convertirse en la columna vertebral de las mismas (Moon, M. Jae *et al*, 2014: 8). La introducción de las TIC significa —en términos generales— una mayor eficiencia en la prestación de servicios (Bellamy and Taylor, 1998; Dunleavy et al, 2008; Heeks, 1999; Hood and Margets, 2007; Kjaer, 2004).

Al mismo tiempo que se daba este desarrollo se ha generado, sin embargo, un *gap* o brecha entre aquella parte de la ciudadanía que está alfabetizada digitalmente y aquellos que no lo están (Castells, 2001: 275). Esta circunstancia está conduciendo, cuando menos, a la revisión de los programas de gobierno electrónico y, en definitiva, a implementar acciones y programas públicos que prevengan de dicha situación para así poder extender los beneficios y logros del *eGovernment*³ a toda la población (Mesa y Martínez-Monje, 2015).

Si el desarrollo del gobierno electrónico ha generado “excluidos digitales”, en el ámbito de la salud el impacto es aún más notorio. Los factores de brecha digital tienen aún mayor relevancia entre los socialmente excluidos (entendido en sentido extenso, no solamente refiriéndonos a los que poseen recursos escasos). Según Foley, el acceso a los recursos digitales se presenta más costoso para las personas de menos ingresos (dato aun más agudizado si se cruza con otras variables como edad, género, discapacidad y etnicidad). Sin embargo, cuando tienen oportunidad de acceder a las tecnologías de la información y de la Comunicación (TIC) y aumentan su uso, se incrementa también su curiosidad e interés por las mismas (Foley,

3 Hay que indicar que mientras en la expresión inglesa se añade una «e» para calificar la dimensión digital (electrónica) de un determinado ámbito; en el caso español —a pesar de encontrarnos muchas veces con una considerable confusión de expresiones utilizadas— se suele optar más comúnmente —principalmente en documentos oficiales— por la unión mediante guión entre la «e» y el ámbito que quiere calificar. Y este es el criterio que vamos a seguir aquí.

2004: 142). Además, en relación al uso, la salud es uno de los temas de interés prioritarios cuando se utilizan las TIC (Foley, 2004:143; CIS, 2017⁴). En conclusión, Foley dice que la situación de “no acceso” a las TIC no es causa de exclusión social pero que sin ellas (sin las TIC) los excluidos aun lo están más, ya que el no acceso tiende a potenciar su situación de exclusión (*ibid*, 145).

Como expresa la OCDE: «...*increasing Access to ICT by households can help reduce socio-economic exclusion, by providing access to information as well as more competitive prices*» (2011: 116). Es decir, que el acceso y el uso de las TIC no solamente no debería representar un factor más de exclusión social sino que su extensión a todas las capas de la sociedad revierte en beneficios sociales reales difíciles de alcanzar sin ellas.

El estadio de la evolución de la sociedad de la información en el mundo puede observarse según la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT, ó ITU en su versión inglesa), que en cifras de 2018 señala que el 51,2 por ciento de la población mundial utiliza Internet (ITU, 2018: 3). En el reverso, la mitad de la población mundial sigue sin estar en línea (UIT, 2017) de modo que se produce una nueva frontera divisoria: a la separación norte-sur se añade ahora divisoria conectividad/no-conectividad (mientras que el 84% de los hogares europeos están conectados a Internet en la región africana solamente lo están el 15,4%). La conectividad en los hogares es la forma de acceso más inclusiva (ITU, 2018: 12).

Todos estos datos revelan las desigualdades mundiales aún existentes a este respecto. Un dato muy revelador que aporta la UIT en su informe de 2017 es que el 70% de los jóvenes entre 15-24 años utilizan Internet. Este dato indica que, siendo la edad uno de los factores de brecha digital, su superación es cuestión de tiempo (más sobresalientes). En el uso de las TIC, el sexo, por ejemplo, es un factor a destacar: hombres y mujeres no utilizan las TIC para los mismos fines (la brecha de

4 Véase, por ejemplo, el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas en España donde en la Pregunta 8A, la sanidad aparece como el 4º problema que personalmente les afecta más a los españoles (CIS, Barómetro, junio 2017) [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3160_3179/3179/es3179mar.pdf].

género es brecha de uso) (Castaño, 2008:128)⁵ y, aunque la diferencia sea corta, los hombres se conectan más que las mujeres a Internet.

Otros autores distinguen entre “exclusión pasiva” como «resultado de la existencia de unas determinadas condiciones ambientales sociales y culturales» y “exclusión activa” producida por «razones institucionales y políticas» (Zheng y Walsham, 2008: 238).

Nuestro punto de mira se sitúa en la sanidad electrónica. La sanidad —uno de los grandes pilares del denominado Estado de Bienestar— es uno de los ámbitos de mayor interés y preocupación de la ciudadanía y es, asimismo, uno de los que más peso presupuestario suele abarcar en los gobiernos occidentales (principalmente europeos). En concreto, es el primer ámbito de mayor interés para el 29,2% de la población española, por delante del trabajo (aumentando posiciones desde 2015)⁶.

En este artículo nos planteamos conjugar los factores citados (e-Sanidad y brecha digital) dentro del marco de la política sanitaria de las Comunidades Autónomas en España. Ello puede servir a modo de aproximación para observar cómo en distintos marcos político-administrativos se atienden este tipo de políticas (la e-sanidad) desde un enfoque inclusivo (teniendo en cuenta la brecha digital). Adicionalmente, buscamos estudiar cómo se abordan estas políticas en la articulación territorial de los Estados, en este caso, el español. En un primer momento, hemos constatado que las comunidades autónomas en España (CCAA, en adelante) presentan planes de salud, pero no planes específicos de e-salud. Estos planes de salud de las CCAA —cuando realmente existen y se actualizan— contemplan escasamente medidas dirigidas a la implantación de los diferentes programas relacionados con la sanidad electrónica (cita previa electrónica, receta electrónica, historia clínica digital, servicios de tele-asistencia, etc.). Analizar los planes de sanidad de

5 En este trabajo, Cecilia Castaño, Juan Martín y Susana Vázquez llegan a la conclusión de que: «Existen además diferencias significativas en los usos que mujeres y hombres hacen de las TIC, por lo que (...), se puede señalar que la brecha digital de género es una *brecha de usos* (en cursiva en el original), especialmente patente en el caso de aquéllos como el comercio o la banca electrónicos o los más vinculados al consumo y al ocio, todos ellos muchos más empleados por los hombres que por las mujeres, frente al mayor uso que éstas hacen de servicios relacionados con el bienestar social, como formación, empleo e información sobre temas de salud» (2008:128).

6 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Barómetro Sanitario 2018. Estudio del CIS, nº 8818 (1ª pregunta).

las CCAA lleva a preguntarnos por la *brecha digital* dado que la efectividad en la implementación de los mismos puede verse mediatizada por dicho fenómeno. No podemos pensar en un exitoso despliegue del gobierno electrónico en salud sin que la generalidad de la población tenga acceso a dichos programas. Por tanto, el propósito de este artículo está dirigido a recopilar y sistematizar todos los planes de sanidad de las comunidades autónomas en España, a contrastarlos entre sí y con el Plan Nacional de e-Sanidad. En resumen, partimos de la hipótesis de que las comunidades autónomas no tienen planes de e-salud específicos sino que se apoyan en el plan estatal y a partir de él desarrollan diferentes estrategias. En segundo lugar, las CCAA no contemplan medidas específicas que atiendan a la brecha digital en los servicios sanitarios electrónicos.

Este artículo se estructura en una serie de breves apartados de abordaje teórico de la cuestión (significado de la e-sanidad en la Unión Europea y el desarrollo en España tanto a nivel estatal como en sus CCAA). A continuación, se realiza un análisis empírico de planes de sociedad de la información, administración electrónica y planes de sanidad. Finalmente, en un análisis de contenido de los planes de sanidad de las CCAA y concluimos con una serie de reflexiones finales.

1. LA E-SANIDAD EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA

La sanidad electrónica (*eHealth*) implica el desarrollo del gobierno electrónico en el ámbito de la salud. Sin embargo, se emplean diferentes expresiones cuando se hace referencia a este campo (Monteagudo Pena, 2001): *Salud en línea* (salud en red), como se adoptó por el ministerio del ramo en España; e-salud (*eHealth*, en su expresión inglesa), salud electrónica (*Electronic Health*), telemática sanitaria (*TeleHealth*), telemedicina (*Telemedicine*), a las que se añaden otras como *telehomecare*, *Telecare*, *Digital Health*, *Mobile Health* and *Health Informatics* (Scottish eHealth Strategy, 2014-2017: 10).

El término más común es, sin embargo, el de *eHealth* (también en sus versiones de *e-Health* y de *electronic Health*). Siguiendo a Oh *et al* (2005), en un trabajo de recopilación de las diferentes definiciones de este término (llegando a abarcar más de 430 artículos revisados y 1209 citaciones), se observan diversas aproximaciones

al concepto con algunos elementos comunes. Todas ellas hacen referencia a la tecnología y —aunque de forma residual (11/51 definiciones)— es curiosa la inclusión de definiciones de eHealth en términos de “comercio” o “*business*”. Lo cual no es de extrañar dado los orígenes del término que según recuerda Lupiáñez:

Tal y como señala Eysenbach (2001) este término fue impulsado por la industria de las tecnologías de la información y la comunicación y sus departamentos de marketing en el contexto de la proliferación de la “e” en muchas actividades relacionadas con el comercio electrónico. Tras el nacimiento e impulso de este término por parte de la industria han proliferado las investigaciones universitarias con la finalidad de revisar la literatura científica sobre la definición de la eSalud (Oh, Rizo, *et al.*, 2005) y delimitar su campo de estudio (Pagliari, Sloan, *et al.*, 2005; Lupiáñez, 2008:43).

Regresando al trabajo de Oh *et al* (2005), si bien la mayoría de las definiciones de *eHealth* se centraban en los procesos de cuidados, una parte de ellas (1/4) hacía foco en los resultados esperados. Otro elemento señalado era el concepto de distancia geográfica y localización (opera desde cualquier lugar en el que se encuentre el/la participante) como efectos de la introducción de las TIC y al facilitar éstas el acceso a los servicios desde cualquier lugar y en cualquier momento (Mesa, 2007:177). Es reseñable que ninguna definición ofrecía contenidos negativos referidos a la *eHealth* y, por el contrario, la mencionan como “mejora”, “beneficios”, “eficiencia” y “disponibilidad” (Moon *et al*, 2005:9).

En resumen, para una definición que recoja los diferentes extremos que tienen que ver con la e-salud (*eHealth*) acudimos otra vez a Lupiáñez (2008:43) quien citando de nuevo a Eysenbach (2001) expresa:

E-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to

improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.

En el contenido de esta completa definición del término, además de las cuestiones ya mencionadas podemos destacar la referencia a una nueva forma (actitud) de abordar los problemas de salud, significando estos cambios más que retos tecnológicos en sí mismos un gran cambio cultural en su conjunto

El papel de la Unión europea en las políticas de e-sanidad

La Comisión Europea —actor supra-estatal referente para España— define *eHealth* como (2004): «... *tools and services using information and communication technologies (ICTs) that can improve prevention, diagnosis, treatment, monitoring and management*». ⁷ En esta definición se pone el énfasis en lo que suponen las TIC como nuevas herramientas para proporcionar nuevos servicios, mayor eficiencia y, desde el punto de vista de la gobernanza, tratar de implicar a profesionales y pacientes en el desarrollo e implementación de la estrategia (*Digital Single Market*).

La Unión Europea (como otros organismos internacionales: ONU, OCDE, Banco Mundial, etc.) ha impulsado programas de sociedad de la información (SI) y paralelamente políticas de gobierno electrónico que tratarán de trasladar dichos avances al ámbito del gobierno y de la gobernanza en general. Remitiéndonos a un estudio previo podemos sintetizar dicha evolución de la forma siguiente:

La sucesión cronológica de las Declaraciones [de los ministros del ramo] indica que en los inicios los documentos priorizaban determinadas líneas de actuación: la firma electrónica, la utilización de estándares abiertos, la seguridad, la innovación, compartir experiencias de uso, transparencia, etc. Es decir, cuestiones ligadas a los retos tecnológicos que implican la SI y el gobierno electrónico (desde la Declaración de Bruselas en 2001 a la Declaración de Manchester en 2005). Posteriormente, y gracias a la Declaración de Riga (2006), se da un giro sustancial. La Declaración de Riga va a destacar la

⁷ Tal y como se recoge en: [http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm]

relevancia de conjugar acceso y uso de las TIC para conseguir la transformación deseada según los parámetros de la UE (Mesa y Martínez-Monje, 2015: 126).

En efecto, la Declaración de Riga va a marcar un antes y un después en el abordaje del gobierno electrónico dejando patente que dicho desarrollo no se puede considerar tal si gran parte de la población se queda excluida del mismo. En este sentido, y continuando con la cita anterior: « (...) Este documento pone de manifiesto la necesidad de atajar cuestiones que afectan a diversos factores de brecha digital: edad, educación, desempleo, discapacitados, medio rural-urbano, entre otros. Incide, asimismo, en la necesidad de establecer mecanismos que eviten la exclusión digital y, más aún, que motiven hacia el uso de las TIC, lo cual resulta toda una novedad» (Mesa y Martínez-Monje, 2015: 126).

Si en un inicio el lema era “*ICTs for all*” (que se puede entender como sociedad de la información para todos), en 2005 el lema era: “Una sociedad de la información europea para el crecimiento y el empleo”. Finalmente, en 2010 se aprueba la “Agenda Digital Europea” dentro de la Estrategia Europea 2020, donde «...se relata el gran potencial de las TIC para afrontar los grandes retos a los que la Unión Europea y sus Estados miembros deben hacer frente, como el cambio climático, el envejecimiento de la población, los costes sanitarios, la integración de todas las personas, etc.» (Mesa y Martínez-Monje, 2015: 122).

En definitiva, la brecha digital y, por ende, el interés en la inclusión digital, va cobrando cada vez más presencia en los diferentes planes de la UE. Sin embargo, la inclusión de dichas cuestiones en los diferentes planes no asegura que se esté reduciendo notablemente la brecha digital (al menos la de uso) pero sí contribuye a que dicha cuestión no desaparezca de la agenda política. En el ámbito concreto de la sanidad, que es el tema que aquí nos ocupa, los dos planes de referencia impulsados por la UE son: 1) *La salud electrónica-hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: Plan de acción a favor de un espacio Europeo de la Salud Electrónica* (2004); y 2) *Plan de acción sobre la salud electrónica 2012–2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI* (2012).

El primero de ellos (*La salud electrónica-hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: Plan de acción a favor de un espacio Europeo de la Salud Electrónica, 2004*) está muy focalizado en establecer estándares de recogida y utilización de la información generada en el uso de los servicios sanitarios y pone el acento en la interoperabilidad y en la monitorización. De hecho, establece fechas límite para el cumplimiento de una serie de retos planteados relacionados con el desarrollo de plataformas de e-Sanidad en los Estados, extensión de tarjetas sanitarias inteligentes, la historia clínica digital, la potenciación de la “industria de la sanidad electrónica”, la recopilación de buenas prácticas, avanzar en la interoperabilidad de los sistemas, la movilidad de pacientes y profesionales, la prescripción electrónica, el reenvío electrónico, etc. Ya en 2004 se pone de manifiesto un aspecto de la e-Sanidad como es la “nueva industria” de la sanidad electrónica y se indica que el 5% del gasto sanitario de los Estados está destinado a ésta (mientras que en el año 2000 era solamente del 1%) (Comisión Europea, 2004: 11). Ésta, como recordaremos, es una de las acepciones de la e-sanidad que apuntábamos en la introducción (la industria de la e-sanidad).

Adicionalmente, vemos en dicha comunicación/documento que uno de los elementos más destacados es el que tiene que ver con la interoperabilidad, factor que —como conocemos— nace de la necesidad de que diferentes sistemas de información sean capaces de comunicarse entre sí. Esto es notoriamente importante en la aplicación de las TIC en el Sector público y suele constituir uno de los obstáculos más importantes —junto con la brecha digital— para el desarrollo y avance del gobierno electrónico (Criado, 2013).

El plan tiene su punto de mira en la innovación,⁸ en sintonía con las tendencias actuales en el Sector Público. La sanidad pública representaba en 2010 el 7,2% del PIB de los Estados miembros y para 2060 se estima que sea del 8,5%, un importante peso para las estructuras económicas y sociales de dichos países (apdo 2.1. de dicho informe). De hecho, en 2007 la Comisión designó la salud electrónica como uno de los seis mercados pioneros más prometedores (pág. 6 del plan).

8 Véase el reciente monográfico sobre “innovación pública” de la *Revista Vasca de Gestión de personas y Administraciones públicas*, Número especial 3, 2019 (IVAR, Oñati).

En este proceso, sin embargo, se presentan importantes obstáculos (pág. 7 del plan). Entre ellos, destaca la citada falta de interoperabilidad (que a pesar de los impulsos del anterior plan aún no está totalmente asentada), con diferencias regionales notables en su implementación. De hecho, en la “Resolución del Parlamento Europeo de 14 de enero de 2014 sobre “el Plan de acción sobre la salud electrónica 2012–2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI (2013/2061, INI)” se hace hincapié en cuestiones que tienen que ver con las diferencias entre Estados miembros en cuanto a la alfabetización digital y brecha digital entre sus ciudadanos y ciudadanas como elementos a mejorar en este desarrollo de la e-Sanidad.

Se constatan, asimismo, otras barreras como los altos costes iniciales y falta de pruebas de rentabilidad y, en el plano de la ciudadanía, la «...falta de conocimiento y confianza en las soluciones de la salud electrónica entre los pacientes, los ciudadanos y los profesionales de la salud» (pág. 7 del plan). Se trata de valoraciones que ya afloraron en un trabajo anterior que estaba dirigido al estudio de las barreras al gobierno electrónico. En un apartado específicamente dedicado a la e-salud (e-sanidad) los resultados indicaban como barreras la protección de la privacidad y la confidencialidad, la diversidad de los soportes de identificación; cuestiones que si en todos los ámbitos son necesarias preservar, en el sanitario se tornan —si cabe— más sensibles (Mesa, 2014:27 y Mesa y Martínez, 2013).

Ente dichos obstáculos se propone: 1) conseguir una mayor interoperabilidad de los servicios de sanidad electrónica, 2) apoyar la investigación en sistemas de innovación en materia de salud electrónica, 3) facilitar la aceptación de dichos sistemas y su mayor implantación y 4) promover el diálogo político y la mayor cooperación internacional en materia de salud electrónica (Comisión Europea, 2012: 8). Esto indica que aunque se han conseguido avances (red de sanidad electrónica y cooperación oficial en materia de salud electrónica), muchos de los retos planteados siguen estando presentes y debe ponerse mayor empeño en su consecución.

2. LA E-SANIDAD EN ESPAÑA

a) Sociedad de la información

Dado que la *sanidad en línea* arranca en España a partir del *Plan Avanza*, conviene hacer una referencia —necesariamente breve— a la implantación del e-gobierno en España, la cual servirá también para relatar el tratamiento que ha tenido la brecha digital en España. La trayectoria española en el campo de la sociedad de la información arranca técnicamente con la liberalización de las telecomunicaciones en 1997. A partir de esa fecha se han ido sucediendo diferentes planes con mayor o menor éxito: *Plan Info XXI* (1999), *España.es* (2003), *Plan Avanza* (2005), etc.

El *Plan Info XXI* apostaba básicamente por el acceso (infraestructuras, marco legal más adecuado, etc.) pero se caracterizó por una ejecución muy irregular (proyectos sin asignación presupuestaria y dispersión al diseñar cada ministerio sus propias actuaciones; Fernández y Welp 2003: 51). Ello llevó a crear la Comisión Soto (compuesta por 10 expertos sobre la materia y que lleva el nombre del presidente de la misma) para tratar de impulsar proyectos de sociedad de la información en las Administraciones públicas españolas. Las recomendaciones que elaboró dicha comisión iban dirigidas, en primer lugar, a crear un “plan de choque” que se denominó *España.es* y que consistía en una serie de medidas urgentes. El *Plan España.es* (a desarrollar entre 2004 y 2005) preveía programas sustentados en 6 áreas, a saber: administración.es, educación.es, pyme.es, navega.es, contenidos.es y comunicación.es.

El *Plan España.es* trae a primer plano una de las cuestiones que condujeron al fracaso del plan anterior como es la creación de *navega.es* como Fundación para impulsar económicamente los programas de alfabetización digital a colectivos afectados por la brecha digital fomentando la creación de Telecentros, etc. Ello responde a un cambio de enfoque de modo que la Administración no espera a que la ciudadanía le reclame formación en TICs sino que es ella quien la proporciona, y de forma gratuita. Es decir, el *Plan España.es* estaba más enfocado al uso, aunque el plan en su conjunto tuvo poco éxito (Sancho 2005).

La verdadera transformación en la sociedad de la información en España llega, primero con el *Plan Avanza I* (aprobado en 2005) y sucediendo a éste, el *Plan Avanza II* (aprobado en 2009).⁹ En concreto, el *Plan Avanza I* trata de cumplir con la estrategia de Lisboa, que tiene como objetivo caminar —tal y como reza en su programa— hacia un mercado común europeo como la economía más competitiva y dinámica del mundo. El *Plan Avanza I* se marcaba cuatro grandes líneas de actuación: ciudadanía digital, el uso de Internet, la economía digital, los servicios públicos digitales (e-Administración) y lo que se denomina *contexto digital*, que en realidad se trata de todas las cuestiones relacionadas con el acceso a las infraestructuras, identidad digital, seguridad, formación, etc. El *Plan Avanza I* se encuentra en un punto intermedio entre dos grandes planes europeos de sociedad de la información. Mientras el *Plan eEurope2005* se fijaba sobre todo en los aspectos prestacionales (e-Administración, sanidad y aprendizaje electrónico, comercio electrónico, etc.), el plan europeo *i2010* (aprobado en 2005), presentaba unos objetivos más generalistas distinguiendo tres bloques: 1) la generalización de la banda ancha a precios asequibles y segura; 2) el fomento de la competitividad en investigación en materia de tecnologías de la información y de la comunicación; y 3) la preocupación por la inclusión y que la utilización de las TIC revierta en la mejora de la calidad de vida de la generalidad de las personas. Una sociedad de la información excluyente dibujaría un escenario no deseable de una sociedad dividida y de una población segmentada entre ciudadanos digitalmente capacitados y conectados, y los que no lo están. Llama la atención cómo el *Plan Avanza I* insiste en medidas que traten de paliar la brecha digital de género, cuestión que no vemos resaltada en los planes europeos con la misma intensidad.

En España, el *Plan Avanza II* reflejaba los campos de actuación prioritarios señalados por los planes europeos en las cuatro líneas que vertebran el plan: 1) ciudadanía digital, 2) economía digital, 3) contexto digital y 4) educación y servicios públicos digitales. Sin embargo, en el detalle de estas líneas se aprecia que aún se está poniendo un gran énfasis en las diferentes cuestiones relacionadas con el acceso mientras que el uso está aún infra-desarrollado (telecentros, préstamos

9 Tanto el Plan Avanza I (2005), como el Plan Avanza II (2009) han supuesto un enorme impulso de la e-Administración en España. La creación del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad de la Información (ONTSI) y la institucionalización de los informes IRIA y REINA dotan de constante información y de datos para medir dicho avance.

tecnológicos, extensión de la banda ancha, etc.); a excepción de algunas referencias a cuestiones como la reducción de la brecha digital, una educación acorde con la era digital, etc.

En consonancia con estos planes, a su vez, se aprobó una abundante normativa tanto estatal como autonómica (Cerrillo 2007; Criado 2009a; Sancho 2005); entre la que habría que destacar la aprobación de la ley 11/2007, de acceso electrónico (LAECSP), como hito en las relaciones entre la propia Administración y la ciudadanía por lo que significa en cuanto a la ampliación de derechos ciudadanos, y que actualmente ha sido sustituida por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento Administrativo común. En una extensa valoración de la ley de acceso electrónico ya indicábamos en otro lugar cómo introduce grandes hitos en las relaciones entre las Administraciones públicas y los ciudadanos (Mesa, 2007). La posibilidad de realizar transacciones electrónicas con la Administración Pública en cualquier momento y desde cualquier lugar; y sobre todo, la obligatoriedad de la Administración de asegurar que esa comunicación y esas transacciones sean posibles. En el plano normativo, además, hay que señalar una temprana ley de firma electrónica (ley 59/2003, de 19 de diciembre), el diseño del esquema nacional de interoperabilidad (Real Decreto 4/2010, de 8 de enero); el esquema nacional de seguridad en el ámbito de la Administración electrónica (Real Decreto 951/2015, de 23 de octubre); y, como culminación, la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (que en su Título II introduce la obligatoriedad para determinados sujetos de relacionarse electrónicamente con la Administración).

b) e-sanidad en España

El sistema nacional de salud en España proclama que la sanidad es universal y, sin embargo, sabemos que las desigualdades son manifiestas. Tradicionalmente estas desigualdades son de tipo social de modo que —en términos globales— a las personas de clase social más baja les corresponde, en general, una menor esperanza de vida. Sin embargo, como afirma Segura del Pozo «sanidad no puede ser un sinónimo de salud» (2014: 52). Y, por ello, los gobiernos europeos han tenido

que tomar cartas en el asunto y elaborar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud (Segura del Pozo, 2014:47).¹⁰

Hoy en día, la generalidad de los principales países desarrollados disponen de un sistema sanitario fundamentado en asegurar la igualdad de acceso a la sanidad «en función de las necesidades asistenciales de cada persona» (Cernadas, 2010: 85); y, por tanto, la supresión o reducción de las discriminaciones en este ámbito. Así, cuando ese sistema asistencial pasa a estar presente en el “espacio digital” dicha seguridad debe poder seguir manteniéndose.

En lo que atañe a la Sanidad electrónica, hay que señalar las diferentes entidades implicadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; sede electrónica y Sistema Nacional de Salud) a los que hay que sumar en la articulación de la política sanitaria del gobierno central con las diferentes CCAA en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyas líneas prioritarias de actuación son: 1) servicios de interoperabilidad, 2) tarjeta sanitaria, 3) historia clínica digital, 4) receta electrónica y otros servicios tecnológicos del SNS (Sistema Nacional de Salud). De modo que la interoperabilidad (la necesidad de que diferentes sistemas de información sean capaces de comunicarse entre sí) y la brecha digital constituyen los principales escollos para el desarrollo y avance del gobierno electrónico (Criado, 2013).

Sirvan algunos datos reseñables para mostrar cómo se plantea el programa *Sanidad en Línea* (2008) (Red.es, 2008). Dicho programa incluye como objetivos prioritarios el desarrollo de los programas que tienen que ver con la identificación (unívoca) de los ciudadanos y ciudadanas mediante la tarjeta sanitaria, impulsar la Historia Clínica Electrónica, la receta electrónica y otros servicios. Todo ello se pretende enfocar desde la reducción de la distancia entre las CCAA en el uso y utilización de las TIC en el ámbito sanitario (Consejo Asesor de las Telecomunicaciones y Sociedad de la Información). Y para ello se recurre al plan Avanza (el Plan Avanza I (2005)) (Red.es, 2008: 46). En el programa Sanidad en línea 2010 se pretende impulsar la interoperabilidad en la historia clínica electrónica y la receta electrónica dentro de cada una de las CCAA (sanidad en línea, p. 24). Y con más detalle: 1) reforzar los sistemas de seguridad de las redes, 2) ofrecer garantías de privacidad

10 Destaca el autor *el informe Black* en la Gran Bretaña de los años 70.

y confidencialidad, 3) mejora de los servicios a los profesionales, 4) culminar el despliegue de la receta electrónica.

3. LA E-SANIDAD EN LAS CCAA

La descentralización territorial del poder en el ámbito sanitario se completa en España con la culminación del proceso de transferencias en el año 2001. Uno de los problemas clave que se plantea entonces es cómo asegurar la cohesión del sistema. Por consiguiente, la política sanitaria española entra en una fase decisiva en las relaciones entre el nivel central de gobierno y las administraciones autonómicas, y donde las TIC comienzan a ocupar una parte importante de esa dinámica intergubernamental.

Desde un plano organizativo, la entidad que articula las relaciones entre el Ministerio de Sanidad y los departamentos autonómicos encargados de la sanidad es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), creado en 1987. El CISNS cuenta con representantes de la Administración General del Estado (responsables del ministerio) y de las CCAA (responsables de las consejerías autonómicas y ciudades autónomas). Los acuerdos del CISNS se plasman a través de recomendaciones que se aprueban, en su caso, por consenso y se formalizan mediante convenios.

Las diferencias entre los sistemas sanitarios autonómicos han sido puestas de manifiesto por algunas asociaciones (*v.g.* Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública). En estos informes se aprecian diferencias notables entre unos sistemas sanitarios y otros. Se sitúan a la cabeza con mejores sistemas sanitarios: el País Vasco, Navarra, Aragón y Asturias. En cambio, en los últimos puestos se sitúan Andalucía, Cataluña, Valencia y Canarias (FDASP.org, 2015: 6).

En un trabajo previo en el proyecto denominado “Barreras al gobierno electrónico”,¹¹ en un cuestionario realizado a especialistas en la materia en las diferentes CCAA se mostró que entre las dificultades para el e-gobierno en el ámbito sanitario

11 *Barreras al gobierno electrónico. El empleo de las TIC en la política sanitaria autonómica. Un enfoque desde las relaciones intergubernamentales* CSO2009-09169 /CPOL.

señaladas por los responsables (políticos y técnicos) de las unidades de modernización de las CCAA destacaban fundamentalmente la protección de la privacidad y la confidencialidad y la diversidad de tarjetas de identificación sanitaria. A la inversa, aparecían como no barreras tanto la actitud ante la salud de los ciudadanos como el nivel de demanda de la e-salud por parte de la población. Finalmente, no encontraban respuestas claras, ni respecto a la necesidad de aplicaciones específicas del sector ni a la necesidad de formación de los facultativos y del resto de sanitarios y del personal de administración y servicios (Mesa, 2014).

4. ANÁLISIS DEL ACCESO Y USO DE LAS TIC EN LOS PLANES DE SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN, E-ADMINISTRACIÓN Y E-SANIDAD EN LA UNIÓN EUROPEA, ESTADO Y CC.AA

Como indicábamos más arriba, el tratar la e-salud (e-sanidad) exige que observemos los marcos formales que, a este respecto, las diferentes autoridades políticas implicadas en nuestro estudio han aprobado en los últimos años. Para ello, hay que tener en cuenta los planes aprobados y las directrices que se desprenden de éstos no solamente en materia sanitaria sino también en materia de sociedad de la información y de administración electrónica, dado que nos movemos en el marco de la e-sanidad. Se pretende, por tanto, un doble objetivo: por un lado, dibujar la evolución de los tres tipos de planes señalados en los tres ámbitos de estudio (comunitario, estatal y de las comunidades autónomas en España); y por otro, cómo se aborda la brecha digital en los planes de (e)sanidad mediante un análisis exploratorio de dichos planes.

En concreto, al hablar de “brecha digital” es importante distinguir entre “acceso” y “uso” de las TIC. En una obra seminal, Katz y Rice indicaban que nos referimos al “acceso” cuando una persona puede acceder a un ordenador que está conectado en red «y (esa persona) es capaz de usarlo para buscar material (como por ejemplo, páginas web) o para comunicarse con otros (por ejemplo, el e-mail), entonces, tienen acceso a Internet». Y, por el contrario, «tener conocimiento de lo que hay sin medios para obtenerlo o tener tecnología pero no saber cómo usarlo no constituye acceso» (Katz and Rice, 2002: 4). Gracias a estudios previos sobre la materia (Mesa y Martínez-Monje, 2015) hemos podido formular algunas subhipótesis como las

siguientes: a) los planes de e-Salud apenas hacen referencia a la ciudadanía; b) en los programas de e-Administración se muestra un gran énfasis en los avances tecnológicos y en los aspectos modernizadores más que en otros de carácter social como la alfabetización y la inclusión digital.

Dentro del terreno metodológico hemos empleado herramientas de análisis de contenido (*software de Nvivo*) y del análisis de frecuencia de palabras, y con ello hemos podido extraer los siguientes cuadros que pasamos a exponer y explicar.¹²

Cuadro 1: La sociedad de la Información en la UE, Administración Estatal y Comunidades Autónomas en España¹³

	PLANES DE SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN
UNIÓN EUROPEA	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Tecnología, internet, servicios, mercado. • (uso) Derechos, interoperabilidad, uso, acceso, social.
ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Servicios, internet, digital, electrónicos, móviles, administrativos. • (uso) Usuarios, Ciudadanía, públicos, sociedad, acceso.
CCAA	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Informes, electrónicos, Internet, servicios, tecnologías, teléfonos, móviles. • (uso) Desarrollos, comunidades, uso.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (ACCESO, EN AZUL Y USO, EN ROJO).

Este cuadro 1 nos indica que la frecuencia de palabras en cuanto al acceso es muy coincidente en los tres niveles de gobierno y administración (comunitaria, estatal y autonómica), encontrándose en los tres casos las palabras “internet” y “servicios”, mientras “tecnología(s)” está en dos de ellos. Por el contrario, en cuanto al “uso” (en rojo), existe una cierta variedad de enfoques dependiendo del ámbito en el que nos fijemos. En el caso de la Unión Europea, el enfoque es más hacia una universalización del uso de las TIC, en términos de un derecho cívico más. En el caso

¹² En el Anexo II aparecen recogidos los términos que se han asociado a acceso (azul), por un lado y, por otro, a uso (en rojo).

¹³ Se trata de planes vigentes entre 2016 y 2019.

de la Administración estatal y en el de las CCAA en España los términos son más imprecisos (usuarios, comunidades, uso, etc.), sin ninguna referencia a “derechos”.

Cuadro 2: la e-Administración en la UE, en el Estado y en las CCAA

UNIÓN EUROPEA	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Electrónico, servicios, Administraciones, información, interoperabilidad. • (uso) Ciudadanos, seguridad, acceso (+ pequeño).
ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Electrónica, Administrativos, servicios, gasto, empleo. • (uso) Públicos, accesos.
CCAA	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Tic, Internet, Administración, información, empresas, préstamos, industria, competitividad. • (uso) Comunidades digitales, confianza, ciudadanía, infraestructuras, colaboración.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (ACCESO, EN AZUL Y USO, EN ROJO)

Siguiendo la misma metodología de análisis, en lo que respecta a los planes de e-Administración el resultado es el que se puede observar en el cuadro 2. Las palabras más frecuentes que nos encontramos en los tres ámbitos (UE, Estado y CCAA) son aquellas relacionadas con el acceso (electrónica, servicios, información e interoperabilidad, entre otras). Sin embargo, hay mayor variabilidad en relación al uso: más énfasis en la seguridad (UE) y, en otros casos, en la confianza (CCAA); mientras que a nivel del Estado se sigue insistiendo en el acceso.

Cuadro 3: La e-Sanidad en la UE, el Estado y las CCAA

UNIÓN EUROPEA	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Electrónico, saludable, sanitarios, servicios, tarjetas, plan, directiva. • (uso) Ciudadanos, acceso.
ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Servicios, informes, salud (sanidad), actuación, programas, Internet, médicos, conocimientos. • (uso) Social, comunidades, exclusión, atención, población, (ciudadanía, individuos, usuarios, pacientes).
CCAA	<ul style="list-style-type: none"> • (acceso) Saludables, sistémicos, servicios, programas, profesionalismo, estrategias, medios. • (uso) Pacientes, mujeres, consumos.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (ACCESO, EN AZUL Y USO, EN ROJO)

Este análisis previo de los planes de sociedad de la información y de administración electrónica debe servir para entender mejor en qué marco de desarrollo de la sociedad de la información y de la administración electrónica nos encontramos puesto que entendemos que a mayor desarrollo de éstas la e-sanidad encuentra un terreno más favorable para instalarse. Al centrarnos en la e-sanidad, cuando realizamos el análisis de las palabras más frecuentes en los tres niveles anteriormente indicados, podemos observar que en los tres ámbitos (UE, Estado y CCAA) las referencias más frecuentes se relacionan con “servicios” (tarjetas, sanitarios, plan, actuación, programas). Sin embargo, es nuevamente en lo referente al uso donde encontramos mayor variedad. Mientras que la UE emplea términos muy generales (ciudadanos, acceso) y las CCAA se centra en “pacientes” y colectivos específicos como “la mujer”, en el caso del Estado aparece de forma significativa el vocablo “exclusión” y variedad de denominaciones para los receptores de los servicios sanitarios (ciudadanía, individuos, usuarios, pacientes). Esta referencia a la “exclusión” nos parece un dato relevante en el estudio de la brecha digital en la e-Sanidad.

En resumen, los resultados del análisis arrojan las siguientes conclusiones: 1) Son la UE y el Estado español las autoridades que marcan las líneas de la e-Sanidad. Es el Estado, frente a las CCAA, el que lidera las políticas de e-sanidad. 2) Las cuestiones relacionadas con la inclusión digital (acceso y uso) se contienen fundamentalmente en los planes de sociedad de la información y residualmente en los otros tipos

de documentos. Y 3) Las especificidades de la brecha digital en sanidad quedan sin ser abordadas en los planes de Sanidad de las CCAA (constatando la ausencia de planes de e-sanidad).

5. ANÁLISIS DE LOS PLANES DE SANIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN ESPAÑA

En el proyecto *Brecha Digital e Inhibidores en la Implementación del e-Gobierno. Especial Impacto en el Ámbito de la Salud* (15/17)¹⁴ nos planteábamos una hipótesis de partida que consistía en afirmar que: «...A pesar de la extensión y uso intensivo de las TIC en las Administraciones públicas, las políticas de salud diseñadas e implementadas por las Comunidades Autónomas no se conciben desde la consideración de la existencia de colectivos que no han logrado su inclusión digital...». Dentro de las distintas vertientes que aborda el proyecto una de ellas trata de explorar el tratamiento de la “inclusión digital” en los programas de e-sanidad. De este modo, hemos analizado el contenido de los planes autonómicos de sanidad en España, teniendo en cuenta que dichos planes hay que enmarcarlos y relacionarlos con el plan estatal de sanidad electrónica (*Sanidad en Línea*) y que el plan estatal debe hacerse eco de las directrices europeas en la materia.

En la Unión Europea cuando se habla de “acceso” se está refiriendo a acceso a las infraestructuras TIC (banda ancha, zonas, servicios de las TIC, etc.) y, asimismo, ocurre en los planes de *Sanidad en Línea* (2008) y las *TIC en el SNS español*, donde se repite esa asociación entre acceso y disponibilidad para la ciudadanía tanto de infraestructuras como de servicios TIC.

¹⁴ Proyecto de I+D+I, del programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación orientada a los retos de la Sociedad y financiado por el Ministerio Español de Economía y Competitividad (CSO2014-53014-R).

Cuadro 4: Planes de sanidad de las Comunidades Autónomas (período que abarcan)¹⁵

Andalucía-2013	Extremadura- 2013-2020
Aragón-2010-2015	Galicia-2014
Asturias- 2004-2007	Madrid-2011-2013
Baleares-2012	Murcia-2010-2015
Canarias-2016-2017	Navarra-2014-2020
Cantabria-2014	País Vasco-2013-2020
Castilla-León-2016-2020	
Castilla-La Mancha (pendiente de aprobación ¹⁶)	
Cataluña- 2011-2015	
Rioja, La-2015-2020	
Valencia-2016-2020	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Partiendo de nuestro propósito por identificar aspectos relacionados con el acceso y el uso de las TIC en los programas de sanidad de las CCAA, hemos realizado un “rastreo” de palabras (análisis de contenido) en dichos planes de modo que las palabras que más se repiten las hemos agrupado por campos semánticos. De este modo, hemos podido identificar palabras que aludían a **aspectos institucionales** (el nombre de la comunidad autónoma, sistemas, presupuesto, desarrollo, calidad, etc.), palabras que atendían a cuestiones relacionadas con la **sanidad** (atención, salud, profesionales, primaria, enfermedades, prevención, etc.); **cuestiones sociales** (personas, población, servicios, trabajo, políticas, etc.); y **otros temas** diversos (palabras sin clasificación de interés para el estudio). La identificación

¹⁵ El estudio se cerró en septiembre de 2019 por ello no se incluyen actualizaciones posteriores.

¹⁶ El “Plan de salud 2019–2025 de Castilla-La Mancha” se espera que esté aprobado para principios del año 2020 (según la Dirección General de Planificación, Ordenación e inspección sanitaria de la Consejería de Sanidad).

de estos cuatro ámbitos es fruto de los resultados de las frecuencias (nube de palabras) resultante en la exploración mediante el programa Nvivo. Estos cuatro ámbitos engloban las distintas temáticas que se recogen en los planes de sanidad de las Comunidades autónomas.

Una vez obtenido el conteo, los resultados indican que 9 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, Galicia, Navarra y Valencia) se ubican mayoritariamente en el ámbito institucional; es decir, que en el contenido de sus planes de sanidad tienen gran peso las cuestiones de carácter institucional. Por otro lado, en cuatro de las CCAA (Cantabria, Madrid, Murcia y La Rioja) tiene gran peso la referencia al ámbito sanitario. Finalmente, en tres de ellas (Asturias, Castilla y León y País Vasco) predominan los aspectos sociales y en 2 de ellas (Extremadura y Murcia) abundan otras referencias dispersas sin dirigirse particularmente a ninguno de los ámbitos especificados.

Cuadro 5: Ámbitos a los que mayoritariamente hacen referencia los planes de salud de las Comunidades Autónomas en España (CCAA)

Identificación/ actuación institucional	Aspectos de ordenación sanitaria	Ámbitos social	Otras
Andalucía	Cantabria	Asturias	Extremadura
Aragón		Cast-León	
Baleares	Madrid		
Canarias	Murcia	País Vasco	Murcia
Cataluña	Rioja, la		
Extremadura			
Galicia			
Navarra			
Valencia			
	Todas CCAA		Todas CCAA
Estado			

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Cuando se analizan conjuntamente todas las CCAA, sin embargo, predominan las referencias semánticas al campo sanitario y —tras éste— el social. Cuando trasladamos este análisis al programa estatal de sanidad electrónica las palabras que hacen referencia a lo institucional son las predominantes.

En el anexo II aparece especificada la relación de términos que hemos identificado con el “acceso” y el “uso” de las TIC y que consideramos revelador de la presencia que se concede a las cuestiones que tienen que ver con la brecha digital y, por tanto, con la pretensión de que los programas sean inclusivos y “no dejen a nadie atrás” (Declaración de Riga, 2006). En referencia al acceso, solamente 4 CCAA lo mencionan (Canarias, Castilla-León Galicia y La Rioja) y generalmente se refieren al él como apoyo o potenciación del acceso a la información, a la telemedicina y a las TIC-salud. Se refieren específicamente al “acceso” en sus planes de salud: Andalucía, Aragón y Asturias.

Respecto a la aparición de referencias al “uso” destacan Andalucía, Aragón, Asturias y Castilla-León, pero se trata de referencias al uso interno de las TIC, no a iniciativas o cuestiones encaminadas a mejorar las habilidades de la población respecto al manejo de las TIC. Como singularidad, destacan el plan de sanidad de Castilla y León incluyendo referencias a la brecha digital de género y el plan de Extremadura aludiendo a la alfabetización digital en los términos recogidos por la OMS.

En resumen, los planes de sanidad de las comunidades autónomas en España se refieren principalmente a las cuestiones institucionales y a los aspectos sanitarios. En cuanto a la introducción de las TIC, contemplan principalmente el acceso a las mismas y escasamente están dirigidos al uso.

CONCLUSIONES

Tras el recorrido realizado, podemos constatar que son tanto al Unión Europea como la Administración estatal las autoridades que marcan las líneas de la e-Sanidad en España. Es el Estado, frente a las CCAA en España quien lidera las políticas de e-sanidad. Ello se puede observar en la escasa presencia de referencias a las TIC en los planes de sanidad de las CCAA. Esto es aún más marcado si atendemos a las

cuestiones relacionadas con la inclusión digital. Si nos centramos en dos dimensiones de la inclusión digital como son el acceso y el uso, éstas no se contemplan específicamente más que en los planes de sociedad de la información de los distintos ámbitos y solamente de forma residual en otro tipo de documentos como es la administración electrónica y, como es en nuestro caso específico, en los planes de sanidad; en los cuales —en caso de aparecer— es de forma muy testimonial (residual). En definitiva, las especificidades de la brecha digital quedan sin ser abordadas en estos planes de sanidad de las CCAA. Es más, realmente no podemos hablar de planes de e-Sanidad en las CC.AA. Esta cuestión precisa de otro tipo de abordaje en un futuro estudio como puede ser contrastar el contenido de los planes de sanidad de las CCAA y el plan de e-Sanidad estatal con la producción normativa sanitaria en dichos ámbitos. De este modo, podríamos observar el cumplimiento —o no— de las prioridades establecidas en los programas, la concordancia entre el plan estatal y los autonómicos y la posibilidad de diferenciar modelos —o *estilos*— para abordar la cuestión entre diferentes Comunidades Autónomas y, por ende, servir de referencia a otros modelos de gobierno y Administración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellamy, C. y Taylor, J. A. (1998). *Governing in the information age*. Buckingham: Open Univ Press.
- Castells, M. (2001). *La Galaxia Internet. Reflexiones sobre Internet, empresa y sociedad*. Areté, Plaza y Janés. Barcelona.
- Cernadas, A. (2010). *La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos. Desigualdades e inequidades*. Madrid. Editorial Síntesis-Caja Madrid-Obra Social.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2004). *La salud electrónica-hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: Plan de acción a favor de un espacio Europeo de la Salud Electrónica* (SEC(2004)539).
- Criado, J.L. (2013). “Interoperabilidad y política sanitaria en España. El caso de la historia clínica digital desde una perspectiva intergubernamental”, en *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, nº15, pp.73-94. ISSN: 1575-0825, e ISSN: 2172-3184.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S. y Tikley, J. (2008). *Digital Era Governance*. Oxfrud University Press. New York.
- FDASP.org (2015). Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2015 (XII Informe). Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/observatorio-ccaa/informe-2015> [fecha de consulta: 29 de mayo de 2016].

- Foley, P. (2004). "Does the internet help to overcome social exclusion?" (UK) http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjnztu3u__NAhWLAAsAKHQ_oD24QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ejeg.com%2Fissuue%2Fdownload.html%3FidArticle%3D30&usq=AFQjCNHGfKuPIFoWdGXcBO_ECRs7Q47Gag.
- Heeks, R. y Davies, A. (1999). "Different approaches to information age reform". En Heeks, Richards (ed.): *Reinventing government in the information age: International practice in IT-enabled public sector reform*, London and New York, Routledge, 22-48.
- Hood, C. C. y Margetts, H. Z. (2007). *The tolls of Government in the Digital Age*, Palgrave MacMillan, New York.
- Howard, M. (2001). "E-Government across the globe: How will "e" change government?" *Government Finance Review*, vol. 17, Issue 4, pp. 6-9 [Fecha de consulta: 27 de mayo de 2016].
- International Telecommunication Union (ITU) (2018). *Measuring the Information Society Report*. Vol. I, Geneva Switzerland.
- Katz, J. E. y Rice, R. E. (2002). *Social Consequences of Internet Use: Access, Involment and Interaction*. Cambridge, M.A.: MIT Press.
- Kjaer, A. M. (2004). *Governance*, Polity Press, Reino Unido.
- Lupiáñez-Villanueva, F. (2008). *Internet, Salud y Sociedad. Análisis de los usos de Internet relacionados con la Salud en Catalunya*. Tesis Doctoral presentada en la Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona.
- Mesa, A. (2007). "Reflexiones en torno a la Administración electrónica en España y a la aplicación de la Ley de acceso electrónico", *Administración y Ciudadanía*, vol. 2, nº 3, pp. 163-184.
- Mesa, A. (2014). "Barreras al desarrollo electrónico de una política pública", Seminario sobre Gobierno Inteligente: Fomento da participaciá cidadá e transparencia. Diputación de Lugo y Universidad de Santiago de Compostela. Lugo, 18-20 de junio de 2014.
- Mesa, A. y Martínez-Monje, P.M. (2015). "Directrices e impulso de la inclusión digital desde la Unión Europea", *Revista Española de Ciencia Política*. Núm. 38, julio 2015, pp. 115-134.
- Monteagudo Pena, J. L. (2001). *El marco de desarrollo de la e-Salud en España*, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.
- Moon, M. J., Lee, J. y Roh, C.-Y. (2014). "The Evolution of Internal IT Applications and e-Government Studies", in *Public Administration: Research Themes and Methods Administration & Society*, 2014, Vol. 46(1) 3-36; DOI: 10.1177/0095399712459723.
- OECD (2011). *OECD Guide to Measuring the Information Society 2011*, ISBN 978-92-64-0959-4. DOI: 10.1787/9789264113541-en, OECD publishing.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. y Jadad, A. (2005). "What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions" en *World Hospitals and Health Services*, vol. 41, nº 1, pp. 1-10.
- Palvia, S. C. J. y Sharma, S. S. (2007). "E-government and e-governance: definitions/domain framework and status around the world". En *International Conference on E-governance*.

Disponible en: http://www.iceg.net/2007/books/1/1_369.pdf [fecha de consulta: 5 de marzo de 2016].

Segura del Pozo, J. (2014). “Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas”, en *Zerbitzuan*, nº 55, pp. 47-63. Vitoria-Gasteiz.

UIT (2017). La UIT publica las cifras de 2016 de las TIC. Recuperado de [<http://www.itu.int/es/mediacentre/Pages/2016-PR30.aspx>].

Zheng, Y. y Walsham, G. (2008). “Inequality of what? Social exclusion in the e-society as capability deprivation”, en *Information Technology & People*, vol. 21, nº 3, pp. 222-243.

ANEXO I

PLANES ANALIZADOS

	Sociedad de la Información	Administración electrónica	(e) Sanidad
UNIÓN EUROPEA	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda digital para Europa 2010 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Europeo de Admisión electrónica 2011- 2015 • Plan de acción sobre Admón. electrónica de la UE-2016-2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 2012 e-Health plan de acción 2012-2020
ESPAÑA	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Avanza I (2006-2010) • Plan Avanza II (2011-2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda digital para España 2013 • Plan de transformación digital 2015-2020 	<ul style="list-style-type: none"> • 2010 Las TIC en el SNS-Sanidad en línea 2010
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de SI de las CCAA 	<ul style="list-style-type: none"> • e-Administración en las CCAA 	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud de todas las CCAA

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

ANEXO II

Especificación de los términos que tienen que ver con “acceso” y con “uso” de las TIC, metodología utilizada en otros estudios (Mesa, Adela y Martínez-Monje, Pedro Manuel, 2015).

ACCESO
Tecnologías de la Información y de la comunicación / TIC
Banda ancha/banda larga
Telecentros / infocentros/ puntos de acceso electrónico
Recursos

USO
Estadísticas de acceso a Internet (% penetración de Internet, Subscripciones a banda ancha)
Brecha digital/digital divide
Ciudadanía/ciudadanía digital
Derechos sociales
Inclusión digital
Exclusión digital
Desarrollo
Alfabetización digital
Programas de digitalización para determinados colectivos

Diagramación



G R Á F I C A
M E T R O P O L I T A N A