

ORIGINALES

Aproximación cualitativa a las actitudes y expectativas de los médicos en el proceso de informatización de la atención primaria

C. Calderón, R. Rotaecche, C. Carrera, M. Larrañaga y J. Merino

Centro de Salud de Alza. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Donostia-San Sebastián.

Objetivo. Conocer las actitudes y expectativas de los médicos respecto del proceso de informatización de la atención primaria (AP).

Diseño. Investigación cualitativa mediante grupos de discusión.

Participantes. Un total de 31 médicos de las 2 comarcas de AP de Gipuzkoa.

Método. Muestreo intencional estratificado según comarcas y grado de experiencia en el uso de ordenador en la consulta. Realización de 5 grupos de discusión con grabación y transcripción del contenido previa autorización y garantía de confidencialidad. Análisis cualitativo de las anotaciones y transcripciones con ayuda de soporte informático. Validación mediante envío de los resultados a los participantes y discusión entre los autores.

Resultados. La incorporación del ordenador en la consulta de AP repercute tanto en el ordenamiento como en el contenido de la información registrada. El esfuerzo por «conocer lo que se hace» no se acompaña de experiencias evaluadoras posteriores. Se advierten notables deficiencias en la gestión del proceso de informatización. El uso del ordenador genera efectos simbólicos añadidos tanto sobre los pacientes como sobre los médicos.

Conclusiones. La informatización de la AP constituye un proceso cuyas repercusiones sobre la atención médica distan de ser neutras y, por lo tanto, requiere de rigurosa discusión y evaluación. La definición de objetivos escalonados y medibles, la transparencia en la gestión y la promoción de investigaciones evaluativas favorecerían el desarrollo eficaz de los proyectos de informatización en AP.

Palabras clave: Informatización. Atención primaria. Evaluación de programas. Investigación cualitativa.

QUALITATIVE APPROACH TO THE ATTITUDES AND EXPECTATIONS OF DOCTORS DURING THE PROCESS OF COMPUTERISING PRIMARY CARE

Objective. To find the attitudes and expectations of doctors during the process of computerising primary care (PC).

Design. Qualitative investigation through discussion groups.

Participants. Thirty-one doctors from the two PC regions of Gipuzkoa.

Method. Intentional stratified sampling by regions and by experience in using a computer in the consulting-room. Five discussion groups with recording and transcription of the contents with prior authorisation and guarantee of confidentiality. Qualitative analysis of the notes and transcriptions with the help of computer back-up. Validation through sending of results to participants and discussion between the authors.

Results. Introducing computers into PC consulting-rooms had repercussions both on the ordering and contents of the information recorded. The effort «to know what is being done» was not accompanied by subsequent evaluation. Notable deficiencies in management of the computerising process were perceived. Computer use created additional symbolic effects for both patients and doctors.

Conclusions. Computerising PC is a process whose repercussions on medical care are far from neutral and so require rigorous discussion and evaluation. Defining step-by-step and measurable objectives, transparency in management and the promotion of evaluative research would all favour the effective development of projects to computerise PC.

Key words: Computerisation. Primary care. Evaluation of programmes. Qualitative research.

(Aten Primaria 2001; 27: 380-387)

Correspondencia: Carlos Calderón.
Centro de Salud de Alza. Paseo de Larratxo, s/n. 20017 San Sebastián.
Correo electrónico: alzabib@chdo.osakidetza.net

Manuscrito aceptado para su publicación el 30-I-2001.

Introducción

En los años 1992-1993 se iniciaron los primeros pasos hacia la incorporación estandarizada de la informática en los centros de salud de la red de atención primaria (AP) de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud¹. Previamente, habían tenido lugar algunas experiencias aisladas al respecto², y ya se habían comenzado a debatir los requisitos que deberían tenerse en cuenta en la introducción del ordenador en AP en función de los sistemas de información vigentes a dicho nivel³.

La realidad del proceso de puesta en marcha de la informatización de los centros resultó más lenta e irregular que lo previsto, ya que en algunos casos pasaron años desde la impartición de cursos de formación hasta la instalación y funcionamiento de los equipos, y todavía en 1999 y en lo que afecta a las 2 comarcas sanitarias de Gipuzkoa, el porcentaje aproximado de médicos que contaban con ordenador en su consulta era del 40 y 69%, respectivamente, con grados de utilización variable, oscilando en un 24-38% los que lo utilizaban en la consulta de demanda diaria.

A lo largo de estos años diferentes aspectos relacionados con el tema han sido objeto de estudio y discusión, principalmente en el ámbito internacional. Ya en la revisión sistemática llevada a cabo por Sullivan y Mitchell⁴ sobre 30 publicaciones entre 1984 y 1994,

se señalaban como posibles consecuencias de la incorporación del ordenador la mejora del trabajo asistencial sobre todo en tareas preventivas, un cierto incremento en el tiempo de duración de la consulta, con menor contenido social y un efecto neutro sobre la satisfacción del paciente. La variabilidad de sistemas y de tareas en la que se utilizaba el ordenador así como la diferente calidad metodológica de los estudios analizados impedían a los autores realizar conclusiones definitivas, insistiéndose en todo caso en la necesidad de avanzar en la evaluación de las repercusiones del ordenador en la consulta. Desde entonces el incremento en el número de estudios evaluativos fuera de nuestro país ha sido notable, si bien predominando la valoración de procesos y con resultados más favorables en el ámbito de lo preventivo⁵⁻⁷.

En lo que respecta a la red de Osakidetza, los resultados de la encuesta llevada a cabo en 1994 sólo informaban de la dotación de material existente entonces en los centros, de la utilización previa de ordenador y de los deseos de aprender algún tipo de software no específicamente sanitario, resultando dichos deseos favorables, en el caso de los médicos, en menos del 50% de los consultados⁸.

Desde entonces han pasado más de 5 años, y muchos de aquellos médicos se han visto directa o indirectamente involucrados en la informatización de la red sin que exista constancia de posteriores intentos de retroalimentación informativa, a pesar de los recursos invertidos y de los previsibles cambios anunciados acerca de los programas a utilizar. Se consideró por tanto oportuno contribuir al inicio de la labor de evaluación pendiente mediante una investigación cualitativa de las expectativas y necesidades sentidas por parte de los profesionales respecto de la informatización de sus

consultas, así como de sus vivencias acerca del proceso de implantación seguido hasta el momento.

Participantes y método

En la medida en que se trata de un ámbito prácticamente inexplorado en nuestro medio, y que el objetivo de la investigación se orienta al conocimiento del discurso de los propios médicos, se ha optado por la metodología cualitativa como la más apropiada en este caso⁹.

La utilización de la metodología cualitativa en el ámbito de la investigación sanitaria, y particularmente en atención primaria, ha quedado repetidamente justificada¹⁰ a pesar de que en nuestro medio la experiencia al respecto sea más limitada¹¹. Los estudios evaluativos forman parte destacada de entre sus diferentes posibilidades de aplicación¹², si bien en lo que respecta al tema que nos ocupa su uso se ha orientado sobre todo hacia el conocimiento de la repercusión del ordenador en la relación médico-paciente¹³⁻¹⁵.

En lo que se refiere a la técnica de recogida de información, se ha considerado el grupo focal o de discusión como idóneo¹⁶ para obtener aportaciones procedentes del intercambio de ideas y del debate entre los participantes que habrían podido pasar inadvertidas en un tratamiento más individualizado mediante entrevistas en profundidad. El muestreo fue intencional, teniéndose en cuenta por un lado el grado de utilización como la variable que mejor maximizaba la variabilidad de las respuestas, por lo que en principio los grupos se configuraron conforme a dicho criterio, y por otro la comarca de origen de los médicos participantes con el objeto de no obviar la posible influencia de dinámicas locales diferentes.

Para la selección de los participantes se contó con la información proporcionada por los responsables de información de ambas comarcas, a quienes se solicitó un listado actualizado del total de médicos de AP, de la existencia o no de soporte informático en sus consultas y, en su caso, del grado de utilización. A partir de dichos listados, y de los criterios anteriormente expuestos, se procedió a solicitar la colaboración de un total de 35 médicos de 33 centros de salud y distribuidos en 5 grupos de discusión (M1-M5).

Las reuniones tuvieron lugar en instalaciones ajenas a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud los días y horas conside-

rados como más compatibles con la actividad asistencial. Aun así, fue dicha razón la que impidió la participación de 6 de los inicialmente convocados, si bien en dos de los casos se comunicó con suficiente tiempo como para poder ser sustituidos.

De los 31 participantes, 17 fueron mujeres y 14 varones (M y V en las transcripciones), de edades comprendidas entre 38 y 49 años, y una distribución entre las 2 comarcas de 18 y 13. El tiempo trabajado en AP oscilaba en 8-25 años, y en cuanto a la utilización del ordenador, 8 no tenían experiencia al respecto, en 5 el período de utilización había sido de un año o menos, en 11 de 1-3 años y en 9 de más de 3 años.

El contenido de las reuniones fue en todos los casos grabado previa autorización y garantía de confidencialidad, y posteriormente transcrito, y en su desarrollo participaron dos de los autores, uno fijo, que actuaba como moderador, y el segundo rotatorio, que participó asimismo en las anotaciones posteriores a cada reunión.

El análisis se llevó a cabo sobre las transcripciones y las anotaciones citadas, con la ayuda de mapas cognitivos¹⁷ y el soporte informático WinMAX¹⁸ para la codificación y segmentación de los textos e incorporación de los memorandos en el contenido de la discusión. En la exposición de los resultados se ha respetado la literalidad de lo registrado, si bien se ha optado por omitir las identificaciones repetidas del programa informático vigente (OMI-AP), así como el del previsto en el futuro (OSABIDE), con el objeto de evitar la desviación de la atención hacia una hipotética comparación de diseños de programas, ajena en principio al objeto del presente estudio.

Con el objeto de mejorar su validez¹⁹, dichos resultados fueron enviados a los propios médicos participantes, recogiendo posteriormente sus consideraciones para su discusión e incorporación en su caso en el contenido de la investigación.

Resultados

Los diferentes discursos presentes en las transcripciones fueron segmentados con la ayuda del programa informático WinMAX utilizando 32 códigos agrupados en 5 grandes áreas relativas a los aspectos positivos, aspectos nega-

tivos, relación con el paciente, motivaciones y finalidades desde la perspectiva de los médicos participantes. Posteriormente, y tras el análisis de las interrelaciones encontradas, se establecieron 3 apartados principales como marco idóneo para la exposición de los resultados: a) el ámbito de la consulta; b) el de las finalidades más mediatas, no vinculadas directamente con la asistencia, y c) el contexto organizativo-sanitario, conscientes no obstante de la inevitable interacción de dichos ámbitos en la realidad.

El ordenador en la consulta

En el terreno específico de la consulta diaria, el ordenador se discute principalmente en cuanto sustituto de la anterior historia clínica de papel y por sus posibles efectos sobre la relación médico-paciente.

Comparativamente con la antigua, la nueva historia informatizada aporta a los que la usan legibilidad, orden y facilidad en el acceso a la información clínica, si bien el proceso de sustitución parece conllevar un trabajo sobreañadido de trasvase de datos y de posible enlentecimiento en la consulta, al menos al comienzo, lo cual resulta especialmente costoso en condiciones de mucha demanda, y en particular en aquellos que tienen menor experiencia:

«V- El hecho de que trabajes con un modelo cerrado hace que toda la información esté mucho más estructurada, con lo que a la hora de compartir la búsqueda de la información es más sencillo, sabes dónde está.» (M4)

«M- A mí, como instrumento de trabajo, estoy encantada, no sé si llevo 5 o 5 años y medio, al principio, a mí concretamente, me supuso trabajo extra de llevarme a casa todos los días un taco de historias..., entonces me supuso un par de años de trabajo hasta que metí todo lo importante.» (M1)

«M- Yo llevo medio año manejándolo, y para mí... es un problema increíble manejar el ordenador, me quita tiempo en la consulta, pierdo mucho tiempo manejando el ordenador y eso que lo uso parcialmente. Creo que en el futuro, cuando lo tenga todo metido, pienso que va a ser una ventaja, pero ahora veo problemas por todos los lados.» (M5)

Vinculada a la visión más estructurada o cerrada del nuevo modelo de historia, surge la polémica respecto de la validez de la información registrada. Para unos, la exigencia de codificar supone una ventaja añadida, sirviendo quizás para corregir la «muchísima literatura» (M1) o la «muchísima basura» (M3) existente en la historia de papel. Para otros, en cambio, se aleja de la complejidad y de la incertidumbre inherentes a la consulta de AP, y en alguna ocasión se señalan incluso posibles efectos perversos cara a la validez del registro.

«V- Porque a mí me obliga a escribir y a ponerle una etiqueta a cualquier motivo de consulta..., te disciplina y eso me parece una cosa importante...»

«V- Aquí te tienes que mojar, te tienes que mojar de entrada...»

«M- Hombre, ahí te obliga más a definirte, a pensarte más el diagnóstico, por ejemplo, si vas a poner asma, pues quieras que no...»

«V- Y de ahí viene la perversión, porque si le vas a dar un antibiótico y le has mirado... A éste le he mirado y no pones una viriasis, todos hacemos eso...» (Risas) (M1)

«V- La realidad de la consulta es mucho más compleja que el programa. El programa es complejo, pero la realidad es muchísimo más.»

«M- Con cualquier programa va a pasar eso...»

«V- Lo que no puedes hacer es un programa con bloques cerrados, con bloqueos y con mil pasos, cuando la realidad es mucho más

compleja... tienes que hacerlo abierto para que el programa se adapte a la realidad.» (M3)

Dichos factores, junto con la existencia de documentación actualmente no informatizada pero necesaria, generan respuestas diversas acerca de qué registrar y cómo utilizar en la práctica los diferentes soportes de información.

«M- Igual se me está ocurriendo ahora que nos tenemos que ir acostumbrando en plan experimental, que igual hay pacientes que son más informatizables que otros, o que es un crónico...»

«M- Desde luego, todos los enfermos, que yo tengo muchísimos, con componente psicosomático, pues ahí apaga y vámonos..., es que hay cosas que no tienen nada que ver con el ordenador.» (M5)

«V- Los doscientos de pluripatología que no sé qué, yo esos quiero tener encima de la mesa, por si acaso la historia... Pero al que ha venido por un catarro, al que ha venido por no sé qué, ése me da lo mismo...» (M1)

En lo que respecta a su influencia en la relación médico-paciente, se reconoce en general una cierta interferencia, susceptible de readecuarse con el tiempo y condicionada además por la progresiva presencia del ordenador en otros ámbitos de la vida cotidiana y por la actitud previa del médico en su relación con el enfermo.

«M- A mí al día a día creo que pierdes contacto con el enfermo, porque yo paso con el ordenador todo, pero le miro menos a la cara que cuando escribía en papel; yo tengo esa sensación, una receta me cuesta más hacer en el ordenador que a mano. Yo hago todo, pero cuesta más.» (M1)

«M- La gente, cuando te ve escribiendo en el ordenador, parece como que les das más valor, te ven mirando la pantallita, es como

una modernización, como un avance para ellos.» (M5)

«V- Antes también estabas de cara al papel mirándolo, y casi ni le mirabas y estabas apuntando, yo creo que viene a sustituir la pantalla a la hoja y también depende mucho de cómo lo hagamos para no perder ese feed-back visual.» (M4)

Un aspecto de particular importancia en las discusiones de los grupos es el referente a la mayor o menor confidencialidad atribuible al uso del ordenador. La concurrencia de un previsible cambio en los sistemas informáticos y la carencia de criterios previos compartidos surgen como factores que incrementan el temor a la violabilidad de la información.

«M- Pero el problema va a ser ahora con el nuevo programa, porque quieren poner la base de datos centralizada en Vitoria y ahí sí que veo más problemas...» (M3)

«M- Yo eso lo doy por cierto que se va a acceder con mucha más facilidad de la que se accede ahora. Al estar informatizada hay cosas que si no quieres que se sepan, mejor no ponerlas y quedártelas en tu acervo de experiencias personales con los pacientes...»

«M- Pero es que hay muchas cosas que tienes que ponerlas, que son objetivas...»

«V- Un VIH tienes que ponerlo...» (M5)

Más allá de la consulta. El para qué y sus implicaciones

Como parte del trabajo en la consulta, pero en relación más indirecta con la asistencia, la elaboración de informes, volantes, partes de baja, recetas... conforman un conjunto de actividades que se tienden a denominar burocráticas y para cuya gestión el ordenador parece constituir una ayuda prácticamente no cuestionada, incluso por quienes se han encontrado con problemas en otros aspectos.

«V- En mi caso la ventaja más inmediata que le vimos fue el alivio de labores burocráticas, que es lo primero que se agradece, descarga a la administrativa y en nuestro caso permite un mejor control de las prescripciones...»

«M- Llevamos 3 años con el ordenador y al principio la descarga administrativa bien, metimos todas las ILT, todas las bajas y eso funciona bien y estamos contentos. El problema ha sido al decidírnos a meter todas las historias; entonces cada uno fue a su nivel, ha habido múltiples cambios de médicos...» (M4)

Dicha ayuda puede, paradójicamente, hacer recaer sobre el médico tareas consideradas como propias de otros estamentos, lo cual puede ser valorado de forma positiva en el sentido de un incremento de su «autonomía», o de modo más negativo en cuanto a lo que supondría de sobrecarga adicional de trabajo.

«V- A mí personalmente... el ordenador me ha dado autonomía, me permite ser autónomo en la consulta, me permite hacer de todo, no dependes de nadie.» (M1)

«V- Y la enfermera va a estar más contenta, va a tener más tiempo, va a poder organizar mejor su día, y la administrativa también.»

«V- ¿Pero tú estás más contento con el trabajo en tu consulta?...»

«V- Yo no soy nada partidario de ahorrar tiempo administrativo a base de tiempo médico, en ninguno de los casos.» (M3)

En la medida en que conlleva trabajo, formación y cambio de hábitos, del ordenador se esperan más cosas que un nuevo tipo de historia o una ayuda administrativa. Y la primera tiene que ver con el conocimiento general de lo que se hace:

«V- Para mí estoy en ese momento, me ha aportado cosas como herramienta administrativa y ahora

hay que explotar las cosas que he metido, porque seguramente hay cosas que hago mal, yo quiero que el ordenador me dé eso.» (M1)

«M- Cuando me planteo la informática, me planteo: ¿me va a permitir sacar todos los diabéticos que tengo?, ¿me va a permitir decir que es diabético e hipertenso además...?, ¿y que además está tomando no sé qué...?, ¿y si además está bien controlado?... Algo que me ofrezca a mí...» (M3)

La explotación epidemiológica o evaluativa de la información que se registra parece cobrar, por tanto, especial importancia tanto para seguir utilizando el ordenador, si ya existía, como para reivindicar su incorporación a la consulta si no está instalado. Sin embargo, no deja de llamar la atención la escasísima experiencia en dicha dirección aun a pesar de que en algunos casos son más de 5 los años transcurridos en la recogida de datos.

«M- A la hora de explotar datos, yo creo que no hemos empezado nadie en serio. Supongo que serán comparables.» (M1)

«M- Yo creo que programas sí que hay ahora, lo que pasa es que lo que veo es que a mí me encantaría poderlos hacer, pero siempre es un círculo vicioso, porque necesitas que todo el mundo esté fuera de la red, necesitas un montón de tiempo, entonces ¿cuándo haces eso?... Yo cuando quise hacer algo de esto, os llamé a vosotros, pero me lleve muchas sorpresas al ver que nadie había sacado todavía ni una lista de un diagnóstico en 4 años. Me llamó la atención...» (M1)

«M- Antes de meter el dato, mirar bien qué se puede sacar de ese dato. Me quedé supersorprendida en los centros que vi, que no se cuestionaban eso.» (M3)

Para algunos dicha explotación no justificaría por sí misma el esfuerzo invertido, reorientando sus

aspiraciones hacia la ayuda en el trabajo propio de la consulta. Sólo en alguna ocasión aislada se hizo referencia a otras posibilidades como búsquedas bibliográficas, utilización de Internet o acceso a protocolos o guías de práctica clínica.

«V- Pero yo le estoy pidiendo algo más a la informática para mi trabajo. Con todo el tiempo que yo le dedico a la informática, que ha sido la de Dios, a meter los datos, yo estoy esperando un resultado mejor, para poder diagnosticar mejor, para poder tratar mejor...» (M3)

«V- Me parece que es un programa muy ambicioso, muy ambicioso... La base del diagnóstico está muy bien, para lo que es objeto de investigación, las consultas no son centros de investigación. Y la mía mucho menos. Cuarenta personas cada día, y te vas a parar a hacer... Lo que necesitas es un aparato que te facilite...» (M3)

El contexto organizativo-sanitario

Las referencias a la organización sanitaria son permanentes, predominando el tono de reproche principalmente en los ámbitos de asistencia formativa y de mantenimiento de la red, pero no sólo en ellos.

«V- Otro día te enteras que no se están haciendo las copias de seguridad, como se habían pactado, porque la grabadora está estropeada o no hay dinero para los disquetes de seguridad... El tema de mantenimiento... yo creo que debería ser mucho más riguroso y se debería hacer de otra manera...» (M3)

«V- Yo el mayor problema que veo aquí es el desamparo por parte de quien ha puesto el ordenador. No hay formación, no hay asistencia, te dejan a tu libre..., es que en mi centro los que hemos aprendido somos autodidactas todos y ense-

ñándonos unos a otros, pero apoyo, ninguno.» (M1)

En algunos casos surge además el debate en torno al ordenador como instrumento de control por parte de la empresa, cuestionándose sus presuntos criterios evaluativos. Y en prácticamente todos los grupos se refleja la desazón y la incertidumbre provocadas por la sensación de paralización del actual programa informático y la presumible llegada de uno nuevo sobre el que sólo hay rumores, y del que se duda en cuanto a su capacidad de asumir la información registrada en la actualidad.

«M- A mí me preocupa... qué uso se le va a dar y de qué forma se me va a evaluar a mí. Yo estoy convencida que ese ordenador va a servir para evaluarnos de muchas maneras..., pero la evaluación que ellos van a hacer no tiene nada que ver con lo que yo consideraría más útil para mejorar mi consulta y mi atención a los enfermos. Entonces eso también te genera un poco de temores, aquí vamos por distintos caminos...» (M5)

«V- Es que, cuando he preguntado yo, sólo me garantizan que un 50% de los datos del actual programa pueden ser tranvasables, y a mí eso me da un miedo, y yo me voy a negar, mientras pueda me voy a negar, yo en esta empresa he hecho tres veces historias, de las hojas amarillas a la historia de papel y al ordenador, y yo a la cuarta me niego, que me lo hagan.»

«M- Lo que pasa es que, si te niegas, ahí te quedas, no te van a dar la opción.» (M1)

«M- Yo creo que lo peor es la falta de información. Todo es "he oído", "me han dicho", "se dice"... Nadie sabe nada.» (M2)

Pero el contexto organizativo como condicionante no se limita al ámbito de la política sanitaria en un determinado sector. La utilización del ordenador lleva consigo un

componente simbólico importante asociado a la idea de innovación y al «carro» del progreso, constatándose la tendencia a adaptarse a su paso, bien por mayor o menor convicción, bien por mayor o menor disciplina.

«V- El ordenador, en principio, es un instrumento que lo tienes ahí en la consulta, que te ayuda en el trabajo, porque lo pienso y por las referencias que tengo. Y hay que montarse al carro de la informática...»

«M- Los avances no suelen ser para empeorar.» (M2)

«V- Por lo que hablas con la gente, todos al principio hemos sido que no. Hemos ido viendo cómo un compañero arrastraba un poco y has seguido. Yo creo que, poco a poco, la gente, al final, se adapta a otro medio, que ya no es el papel, que es el ordenador, y si de aquí a unos años nos toca lo hablado, también nos adaptaremos.»

«V- No creo que sea esa exactamente la cuestión. También te puedes adaptar a pasar la consulta descalzo. ¿Pero es bueno eso?, ¿te facilita eso pasar la consulta? (M3)

«V- Más disciplinados y menos disciplinados, más sumisos y menos sumisos... Vamos a montarnos en ese carro, bien, pero te ponen un programa malo, y sobre ese programa malo vas afrontando... y dándolo por bueno. Pero no lo puedes dar por bueno para mí... Ahora lo hago por disciplina, porque creo que es bueno para la organización.» (M3)

Y por otro lado parece asimismo percibirse cierta identificación del uso del ordenador con un mayor nivel científico, con una mayor capacitación profesional, o quizás con mayor renombre comparativo, lo cual para el que no lo utiliza habría actuado en algunos casos como acicate cara a su posterior uso, si bien en otros constituiría un injusto criterio evaluativo.

«V- Que vean que, de alguna forma, los centros que apostaron por el ordenador han sido más punteros comparativamente con otros les ha venido bien, y ha servido para hacer todos por el estilo, ha sido positivo.» (M1)

«M- Yo sí que veo un problema y es que... yo que tengo residente, veo y me parece con los residentes, si no tienes ordenador, pues que poco más o menos que no trabajas bien. Y entre nosotros mismos, parece que si no trabajas con ordenador no eres un buen profesional... Eso no hay que perderlo de vista y me parece que estamos cayendo un poco en eso, si no estás informatizado... dónde vas. Hay que separar un poco las cosas, es una herramienta, pero para mí no es la clave de la medicina.» (M5)

Discusión

A la luz de los resultados se confirma la trascendencia del impacto que está suponiendo para el médico de AP la introducción del ordenador en la consulta. Como corresponde a la metodología cualitativa utilizada, de su análisis no se infiere ninguna cuantificación de los hipotéticos pros y contras, ni correlación alguna de las opiniones con variables independientes previamente establecidas. Tampoco es posible considerar sus hallazgos como estadísticamente representativos. Se trata en todo caso de sacar a la luz significados vinculados a los valores y a las vivencias de los médicos participantes en el contexto de estudio, cuya validez vendrá dada en la medida en que contribuya a un mejor conocimiento de la realidad de la informatización de nuestra AP. En este sentido surgen al menos dos líneas de discusión. Por un lado, la relativa a los factores contextuales que inciden en la no siempre coincidente valoración de «lo nuevo» y «lo bueno» del ordenador, y por otro una segunda orientada al complicado y

a su vez necesario reto de la evaluación en este ámbito.

El ordenador y su contexto

Indudablemente la introducción del ordenador en la AP constituye una manifestación parcial de un fenómeno mucho más amplio, y que trasciende el ámbito de lo sanitario, como es el desarrollo acelerado de las tecnologías de la información y su aplicación en cada vez más facetas de la vida social. Sin embargo, el proceso de su implantación y asunción como instrumento válido para la práctica del médico de familia está resultando difícil, heterogéneo y controvertido. Dicha controversia, evidente en los resultados del presente estudio, y que presenta algunos elementos comunes a lo ocurrido en otros países, apenas ha quedado reflejada en las propuestas de informatización publicadas en nuestro medio^{20,21}. Quizás la propia globalidad del fenómeno informático y su identificación con la idea de progreso que, por un lado, contribuye a que el médico perciba la aceptación del ordenador por el paciente como señal de modernización y puesta al día, por otro, dificulte la explicitación «publicable» de sus dudas y quejas, a pesar de que en algunos casos parece compartir temores con aquél, como es el caso de la confidencialidad de la información. De hecho, el temor a quedarse rezagado respecto del resto de los colegas y a que se cuestione en última instancia su buen hacer, en función del mayor o menor grado de utilización del ordenador en la consulta, apuntan en este sentido.

Pero además la novedad de la presencia del ordenador en la consulta no es comparable ni a la de otros medios diagnósticos, ni a la de otros emplazamientos. El tipo de implicación de la Administración en el proceso de informatización (impulso de un determinado programa informático

[OMI-AP], incumplimiento de expectativas, defectos de mantenimiento, falta de información en cuanto a cambio de políticas y de programas...), así como el deseo de cambios organizativo-asistenciales en AP a través de «demostrar lo que hacemos», priorizándose la informatización de la historia clínica en la consulta ante otras posibles aplicaciones clínicas del ordenador²², probablemente expliquen en parte los «parones» referidos por algunos de los profesionales sobre todo en situaciones de alta demanda asistencial, la vivencia del programa como excesivamente ambicioso, o la insuficiente repercusión en la práctica clínica, referida por otros, en contraposición al sobretrabajo añadido que puede suponer. Todo lo cual no haría sino confirmar el papel determinante del contexto organizativo-cultural en la aplicación efectiva de la informatización en el ámbito sanitario^{23,24}.

En relación con el paciente, la problemática que asoma tras el análisis de los resultados expuestos incluye aspectos relativos a la potencial interferencia del ordenador en su comunicación con el médico, aunque valorados en este caso sólo desde el lado del profesional, corroborando la importancia de continuar investigando en un tema que continúa abierto^{13-15,25,26}, siendo todavía muy parciales las experiencias referidas a nuestro ámbito^{27,28}. Pero a su vez se insinúan determinados riesgos que requieren de atención especial. Por un lado se advierte una tendencia a invertir el sentido de adecuación de la herramienta a los sin duda complejos requerimientos de la asistencia, con el consiguiente perjuicio potencial para los «pacientes menos informatizables». El ordenador, desde el punto de vista de sustituto del papel como soporte de la historia clínica, no desempeña un papel meramente pasivo, sino que condiciona el modo de regis-

trar problemas de salud que nos llegan siempre en forma de narraciones indisolublemente unidas a las características del individuo que las transmite. Por supuesto, y al igual que ocurre con la presencia de la historia de papel, el factor clave en el transcurso de la entrevista clínica y en la extracción de la misma de la información considerada como pertinente para ser registrada lo constituye el propio médico. Pero asimismo el diseño más o menos compartimentado, más o menos «abierto o cerrado», parece condicionar la actitud del médico obligándole a ser «más sintético», a prescindir de «la bibliografía», a considerar lo psicosomático «como algo que no tiene que ver con el ordenador» o a cometer posibles errores de validez. El contentarnos con una información más legible por el médico, pero menos adecuada para ayudar a la resolución de los problemas del paciente, constituye por tanto un riesgo a conocer y a evitar.

La necesidad de evaluar

La trascendencia de no perder de vista lo narrativo como componente central de la práctica clínica en AP no contradice, sino que en todo caso refuerza, la necesidad de la evaluación como herramienta fundamental²⁹ para adecuar, en este caso, el importante potencial de la informática a las necesidades propias de dicho ámbito. No puede pasar desapercibido, por tanto, el hecho, reflejado en los resultados del presente estudio, de que tras años de costosa recogida de información en la consulta, con la motivación de querer «saber lo que se hace», la puesta en práctica de la explotación de dicha información por los propios médicos continúe siendo motivo de incertidumbre, persistiendo dudas incluso sobre la comparabilidad de los datos. Tampoco se hacen referencias a evaluaciones de las experiencias en el ámbito administrativo-burocrático, a pesar de su utilización más generaliza-

da, o sobre aspectos como la confiabilidad de la información clínica, sobre cuya garantía los testimonios son de justificada preocupación.

La llamativa carencia de experiencias evaluativas en nuestro medio choca con las repetidas llamadas realizadas al respecto en otros contextos, tanto desde el punto de vista de garantizar en lo posible la mejora de la calidad asistencial, como de evitar el despilfarro que conllevarían inversiones de la magnitud de la informática sin una clara justificación o sin una meditada estrategia de implantación³⁰⁻³³. Sin duda cualquier intento de evaluación de los efectos de la informatización en la atención sanitaria constituye una empresa compleja, y seguramente lo es más cuando dicha función no ha sido prevista previamente a la implantación del programa, o cuando éste pretende abarcar desde su inicio los múltiples componentes del quehacer asistencial. Es más, con frecuencia el ensayo clínico como criterio evaluador único resulta insuficiente³⁴, siendo necesario contar con aproximaciones cualitativas en la investigación de procesos en los que intervienen con fuerza, tal y como se ve en nuestro caso, expectativas, valores y actitudes vinculados en gran medida a la cultura organizativa vigente.

En definitiva, la complejidad del objeto a evaluar requerirá de procesos de evaluación no simples, pero en ningún caso la dejación de la responsabilidad de llevarlos a cabo.

A pesar de los años transcurridos, la informatización de la AP en nuestro país se encuentra en sus comienzos. Algunas de las reflexiones derivadas del presente trabajo respecto de los condicionantes del contexto organizativo-asistencial, los efectos del ordenador sobre el médico y su relación con el paciente, o la necesidad de una política transparente para con los profesiona-

les, deberían ser tenidas en cuenta en los proyectos de informatización en curso. Asimismo sería importante que las inquietudes esbozadas dieran lugar a nuevas investigaciones evaluativas dirigidas a corregir posibles errores y a favorecer en el futuro una mejor adecuación de la informática a las necesidades reales de médicos y pacientes.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer especialmente la colaboración desinteresada e imprescindible de los 31 médicos de familia participantes, así como la información facilitada por los responsables de información de las Comarcas Este y Oeste y la ayuda recibida por parte de la Dirección Territorial de Gipuzkoa del Departamento de Sanidad.

Bibliografía

1. Guijarro A, Alonso FA, Ruiz A, López A. Sistemas de información en atención primaria: hacia la incorporación de la informática en la práctica cotidiana. *Centro de Salud* 1995; 3: 657-661.
2. Aso K, Berraondo I, Gutiérrez A, Martínez JM, Tapiz V. Programa de gestión de historia clínica. *Aten Primaria* 1994; 1: 1081-1086.
3. García LM, Gervas JJ. El ordenador en atención primaria: sueño y realidad. *Aten Primaria* 1991; 8: 12-18.
4. Sullivan F, Mitchell E. Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. *BMJ* 1995; 311: 848-852.
5. Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *JAMA* 1996; 3: 399-409.
6. Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, Ewigman BG, Bopp KD, Bronw GD. The clinical value of computerized information services: a review of 98 randomized clinical trials. *Arch Fam Med* 1996; 5: 271-278.
7. Hunt DL, Haynes RB, Brian MD, Hanna SE, Smith K. Effects of com-

- puter-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 1998; 280: 1339-1346.
8. Alonso FA, Ruiz A. Dotación material, actitudes y aptitudes hacia la informática en los centros de salud de la Comunidad Autónoma Vasca. *Aten Primaria* 1995; 16: 285-287.
9. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-45.
10. Helman CG. Research in primary care: the qualitative approach. En: Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, editores. *Primary care research: traditional and innovative approaches*. Newbury Park: Sage, 1991; 105-124.
11. Calderón C, Berrade E, Etxeberria X, Rotaache R. Investigación cualitativa en atención primaria (1991-1998): métodos y ámbitos de aplicación. *Aten Primaria* 1998; 22 (Supl 1): 394.
12. Murphy E, Dingwall, R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assessment* 1998; 2.
13. Ridsdale L, Hudd S. Computers in the consultation: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 367-369.
14. Greatbatch D, Heath Ch, Champion P, Luff P. How do desk-top computer affect the doctor-patient interaction? *Fam Pract* 1995; 12: 32-36.
15. Als AB. The desk-top computer as a magic box: patterns of behaviour connected with the desk-top computer; GPs' and patients' perceptions. *Fam Pract* 1997; 14: 17-23.
16. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Beverly Hills: Sage, 1988.
17. Walker R. *Applied qualitative research*. Hants: Gower, 1985.
18. Kuckartz U. *WinMAX software for qualitative data analysis*. Thousand Oaks: Scolari Sage, 1998.
19. Kuzel AJ, Like RC. Standards of trustworthiness for qualitative studies in primary care. En: Norton PG, Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, editores. *Primary care research: traditional and innovative approaches*. Newbury Park: Sage, 1991; 138-158.
20. Alonso FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijarro A et al. *Informatización en la atención primaria*. Madrid: semFYC, 1999.
21. Alonso FA, Gancedo Z. *Informatización integral de la atención primaria*. FMC 1999; 6: 282-290.
22. Watkins C, Harvey I, Langley C, Faulkner A, Gray S. General practitioners' use of computers during the consultation. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 381-383.
23. Garibaldi RA. Computers and the quality of care - A clinician's perspective. *N Engl J Med* 1998; 338: 259-260.
24. Schriger DL, Baraff LJ, Rogers WH, Cretin S. Applications of computer-based clinical guidelines. *JAMA* 1998; 279: 989-990.
25. Solomon GL, Dechter M. Are patients pleased with computer use in the examination room? *J Fam Pract* 1995; 41: 241-244.
26. Brownbridge G, Herzmark GA, Wall TB. Patient reactions to doctors' computer use in general practice consultations. *Soc Sci Med* 1985; 20: 47-52.
27. Aldanondo JA, Oyarzábal JI, Arboniés JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta? *FMC* 1999; 6: 571-575.
28. Sandúa JM, Sangrós FJ, Merino F, Fernández L. ¿Altera el ordenador personal la satisfacción del paciente? *Aten Primaria* 1998; 22: 400-401.
29. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. En: Greenhalgh T, Hurwitz B, editores. *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. Londres: BMJ Books, 1998; 247-265.
30. Donaldson LJ. From black bag to black box: will computers improve the NHS? Evidence must shape implementation. *BMJ* 1996; 312: 1371-1372.
31. Powsner SM, Wyatt JC, Wright P. Medical records: opportunities for and challenges of computerisation. *Lancet* 1998; 352: 1617-1622.
32. Lock C. What value do computers provide to NHS hospitals? *BMJ* 1996; 312: 1407-1410.
33. Haynes RB, Jadad AR, Hunt DL. What's up in medical informatics? *CMAJ* 1997; 157: 1718-1719.
34. Heathfield HA, Pitty D, Hanka R. Evaluating information technology in health care: barriers and challenges. *BMJ* 1998; 316: 1959-1961.