

## Expectación excesiva acerca de la pronta implantación de la historia clínica electrónica\*

Juan Gérvas

Equipo CESCA. Madrid.

Asistimos, desde hace más de un cuarto de siglo, a la *inmediata* implantación de la historia clínica electrónica, a la que se le atribuye la innegable capacidad de mejorar la atención clínica. Existen pocas y parciales aplicaciones que merezcan tal denominación, y las escasas evaluaciones realizadas apenas demuestran una leve mejora en la calidad del proceso de la atención en casos muy concretos y no extrapolables; no existen estudios que demuestren mejoras en el resultado sanitario (en la salud del paciente) y faltan ensayos clínicos y evaluaciones económicas. Se necesitan, pues, grandes dosis de humildad, pues los últimos 30 años han traído poco progreso al mundo de la historia clínica electrónica. Lo que existe en el mercado no son más que aproximaciones, sistemas de gestión de datos que tienen poco que ver con la historia clínica electrónica propiamente dicha. Se entiende por historia clínica electrónica la historia única y personal, multimedia, en la que se archiva en soporte electrónico toda la información referente al paciente y a su atención; por ejemplo, lo mismo una radiografía de tórax que el informe correspondiente; lo mismo el registro auditivo de una auscultación cardíaca que el vídeo de una coronariografía; lo mismo la anotación de la atención cronológica que la historia de prescripciones farmacéuticas. Esta historia única es accesible, con las limitaciones apropiadas, en todos los casos en los que se precisa asistencia clínica (urgencias, atención primaria, especialidades, ingresos hospitalarios y demás). Las dificultades no resueltas se refieren, fundamentalmente, a cuatro cuestiones:

1. La defectuosa conceptualización de la atención clínica, no existiendo un modelo de información aceptado mayoritariamente, a partir del cual se dedujera la arquitectura de la historia clínica electrónica (la arquitectura es el continente, con atributos y propiedades en armonía con la conceptualización y el modelo de información). En atención primaria, la historia clínica orientada por pro-

blemas ha logrado organizar el caos conceptual, pero sólo en parte. La entrevista clínica es un hecho complejísimo en la que el médico toma decisiones múltiples, a veces difíciles de explicar y justificar (sirva de ejemplo paradigmático el caso, frecuente, del diagnóstico que justifica la prescripción farmacéutica), y cuya ciencia, la de "decisión médica", está en pañales. Por supuesto, actividades como el aviso domiciliario exigen un planteamiento radicalmente distinto que los médicos tienen dificultad para verbalizar y analizar con los técnicos informáticos y de telecomunicación.

2. La falta de esquemas de codificación adecuados, consecuencia obvia de la cuestión previa. Las clasificaciones existentes proporcionan valor añadido a las tareas de gestión, pero no tienen el grado de "finura" que necesita el médico clínico. Algunas, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (novena revisión, CIE-9), conservan el hacer y pensar del siglo XIX; por ejemplo, la CIE-9 incluye 434 códigos para la tuberculosis (un despropósito), pero ninguno permite codificar algo clave en la clínica y la salud pública actual, como la tuberculosis por *Mycobacterium tuberculosis* resistente a múltiples fármacos. En otros casos, los códigos y las clasificaciones no tienen una aceptación universal, como los que se refieren a los hallazgos de la exploración clínica, a la identificación del paciente y del médico o a los hallazgos radiológicos. Merece destacar el esfuerzo del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA, que ha producido la segunda versión de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria. También destaca el esfuerzo inglés, con el Read-Code.

3. La ausencia de estándares establecidos relativos al manejo del contenido de la historia clínica electrónica. Esta cuestión es esencial tanto para la adquisición, procesamiento, almacenamiento y presentación de la información que se incluye en la historia, como para su transmisión y recepción; es básica para alcanzar el concepto clave de interoperabilidad de la historia, es decir, para independizar la información de una máquina y de un sistema operativo concreto, para hacer posible el uso de la historia clínica en lugares y situaciones apropiadas para la atención del paciente, sin limitaciones por manejar información en otro contexto. La normalización depende del trabajo científico e intelectual, pero también de la aceptación por parte de la industria; no es, pues, una decisión que se refiera sólo a la

\*Carlos Hernández, del Laboratorio de Bioingeniería y Telemedicina del Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro de Madrid, leyó e hizo agudos comentarios a una primera versión de este "Editorial". Sus correcciones se han tenido en cuenta, pero los errores, si los hay, son del firmante.

frialdad de la ciencia, pues afecta a la industria y a los intereses nacionales (en la Europa de la Unión Europea, a los intereses de la industria comunitaria). Sin definiciones de normas y estándares es imposible el despegue de la historia clínica electrónica, por la dificultad del manejo de la información que se acumula (del subjetivo del paciente, de la exploración clínica, del razonar médico, de las pruebas complementarias solicitadas [analíticas, de imágenes y otras], de los informes de especialistas y otros profesionales y otra variopinta) y por las dificultades para su transmisión, recepción e interpretación. Mientras la historia clínica no pueda compartirse entre distintos profesionales, en distintos lugares y al mismo, o distinto, tiempo, con independencia de las instalaciones peculiares que existan en cada caso, poco se habrá avanzado.

4. La ausencia de reglas de distribución, que se refieren a la definición de grados y control del acceso, a las cuestiones de confidencialidad, privacidad y seguridad. Faltan acuerdos nacionales e internacionales que dejen claro, por ejemplo, cómo, en qué circunstancias y por quién pueden introducirse cambios en registros previos, con normas precisas para que se salvaguarden cuestiones básicas legales y éticas.

La historia clínica electrónica está, pues, todavía en su infancia. Las expectativas y los buenos deseos van mucho

más allá de la realidad y, en algunos casos, demuestran la ignorancia y/o el interés sesgado de los que defienden puntos de vista entusiastas y optimistas. Probablemente se requiera más de una década para que los profesionales y pacientes de los países desarrollados puedan disfrutar de las ventajas de una verdadera historia clínica electrónica. En ningún caso es esperable que la informática y la electrónica introduzcan la racionalidad que falta, o parece faltar, en la atención clínica. La historia clínica electrónica sólo facilitará el trabajo de calidad donde se haya trabajado con calidad, donde se tenga una historia manual completa, ordenada, veraz, inteligible y respetuosa con el paciente y el profesional. Desde luego, el tratamiento electrónico ideal de los datos facilitará la atención clínica, pero se requieren estudios, ensayos clínicos y evaluaciones económicas que demuestren la bondad de las diversas aplicaciones. En la historia clínica electrónica deberá integrarse toda la información multimedia que se utiliza en la práctica clínica. Almacenar adecuadamente esta información, hacerla amigablemente accesible, difundirla de forma adecuada a los posibles usos y con las garantías debidas (consentimiento, confidencialidad, seguridad y demás requisitos), y recibirla y reutilizarla en la forma más conveniente es un proceso todavía en potencia. Conviene, pues, atemperar las excesivas expectativas acerca de la historia clínica electrónica.