

Nuevas tecnologías: búsqueda activa de nuevas fronteras desde la defensa de los intereses de nuestros pacientes

F. A. Alonso López

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

La creciente disponibilidad de tecnologías de la información en nuestras consultas de Atención Primaria está permitiendo que cuestiones hasta hace poco pertenecientes al terreno de la imaginación están preparadas para su empleo cotidiano¹.

Parece *a priori* que su uso incrementará tanto la eficiencia del sistema como la satisfacción de profesionales y pacientes. Existen ya estudios que avalan esta opinión, y quienes hemos tenido la suerte/oportunidad de participar en el desarrollo e implantación de éstas, creemos que puede ser así.

Sin embargo, tal vez sea necesario establecer algunas matizaciones a esta aseveración y para ilustrarlas podemos recurrir a dos ejemplos paradigmáticos: la historia clínica electrónica y la interconsulta entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Cuando se ponen en marcha proyectos informáticos que tienden a implantar una historia clínica electrónica², tanto en nuestro país como en aquellos con los que podemos compararnos^{3,4} –Europa y Norteamérica fundamentalmente–, no es casual que los profesionales sanitarios estudiosos del tema se decanten por el desarrollo, la compra e implantación de historiales integrados (adaptados al tipo de profesional que los utiliza) y descentralizados (información autosuficiente, repartida en diferentes centros –mas aún desde el 11 de Septiembre–, conectable a demanda), compartiendo, cuando se precisan un amplio conjunto de datos (informes, diagnósticos, imagen, prescripciones....) mediante tecnologías específicas⁵⁻⁷.

En algunos servicios de salud autonómicos de nuestro país, a pesar de que diferentes grupos independientes de sus profesionales han seleccionado en repetidas ocasiones

este tipo de desarrollos, se aparta a éstos del núcleo de decisión, y ésta se toma finalmente por estamentos políticos, presas de otros múltiples intereses ajenos a la salud, empecinados en implantar modelos de historia clínica idénticas para médicos generales, dermatólogos, neurólogos, ginecólogos o cirujanos, y centralizadas (una única base que contiene supuestamente toda la información de cientos de miles o millones de pacientes, que debe circular sin cesar al completo para poder ser operativa).

Sin entrar en un análisis profundo de la cuestión^{2,8-11}, podemos resumir diciendo que este tipo de historias ponen en grave riesgo la privacidad de nuestros pacientes, favorecen el trasiego de información innecesaria para la función que se recaba, menoscaban la Atención Primaria al impedir que problemas frecuentes en ésta puedan recogerse adecuadamente (utilizan codificaciones y estructuras ajenas a este medio), supeditan la investigación clínica a decisiones ajenas al investigador que no puede diseñar sus formatos ni utilizar sus propios datos salvo petición expresa a los Servicios Centrales que pueden o no realizar la extracción de resultados, y da la impresión de que sirven a intereses diferentes a los sanitarios (¿a quién, salvo al que cobra por ello –consumo telefónico / ancho de banda–, favorece el trasiego incesante de información innecesaria?).

Dado lo complejo del tema, y ya que el resultado final visible puede inicialmente parecer idéntico al profano, la mayoría de los profesionales aceptan sin cuestionarse la solución que se les impone. Desgraciadamente, cuando los pocos que han captado la trascendencia del problema se atreven a denunciarlo, son objeto de descrédito oficial e incluso mal mirados por algunos compañeros, presas de un cómodo síndrome de Estocolmo.

En el segundo ejemplo elegido, la relación entre el médico general y sus especialistas consultores, las nuevas tecnologías están permitiendo básicamente dos tipos de mejoras: por un lado, el establecimiento de un circuito de interconsulta automatizado/semiautomatizado que, entre otras ventajas, elimina el paciente-correo¹¹; y por otro lado, la telederivación, entendida ésta como la consulta virtual establecida entre el consultorio del médico general, en el que se encuentran éste y su paciente, y el especialista de referencia a través de sistemas de videoconferen-

Correspondencia:
F. A. Alonso López.
Centro de Salud Dobra.
C/ La Llama, s/n.
39300 Torrelavega. Cantabria.

Correo electrónico: fernando.alonso@telefonica.net

cia^{12,13}. Es fundamentalmente esta última la que muestra algunas nuevas perspectivas, que deben hacer reflexionar al médico general sobre nuevas fronteras, o la desaparición de éstas, en el manejo de sus pacientes.

En efecto, diferentes estudios^{13,14} han mostrado como la telederivación, sin afectar a la calidad de vida, incrementa la satisfacción de pacientes y profesionales y disminuye la solicitud de procedimientos diagnósticos; aunque en estos mismos estudios se aprecia un aumento del número de revisiones por parte del especialista.

Dicho así, sin más, parecería que en un entorno de listas de espera, en el que nos movemos, las ventajas de implantar estas tecnologías se verían comprometidas; sin embargo, un análisis más profundo de los estudios realizados muestra en realidad que este aumento de revisiones se produce en especialidades concretas y, sobre todo, para derivaciones en las que el especialista no renuncia a practicar determinadas pruebas diagnósticas –ORL ó digestivo por ejemplo– o en otros casos en que se precisa, y no está disponible en Atención Primaria, algún tipo de procedimiento terapéutico (crioterapia, cirugía).

Pues bien, ¿qué sucedería en el caso de que el médico general dispusiera sistemáticamente en su consulta, por ejemplo, de aparataje fibroóptico que le permitiera realizar dichas pruebas y, si fuese preciso derivar exclusivamente el vídeo para ser interpretado? –como ya se hace en algunos Centros con las imágenes dermatológicas– o, por poner otro ejemplo, ¿qué sucederá cuando el control de Sintrom[®] sea equiparable a la automedición de glucemia?

En realidad, esta incorporación de nueva tecnología en nuestra consulta (o en los domicilios) difumina, una vez más, los límites y posibilidades de brindar atención a nuestros pacientes y conducirá en breve a un replanteamiento funcional que posiblemente, como concluye algún estudio mencionado en la bibliografía¹³, sólo esté limitado por factores tales como su demanda por los pacientes, los costes, incentivos al médico general para poder dedicar tiempo a este tipo de actividades y la actitud de los profesionales que trabajan en ambos niveles.

En definitiva, estos y otros ejemplos parecidos nos muestran cómo las nuevas tecnologías pueden llegar a

afectar a nuestra práctica, y cómo estos cambios que se van a producir no dependen exclusivamente de la tecnología, que ya está disponible, sino sobre todo, de la capacidad del propio médico general de mantener una posición activa a la búsqueda de nuevas fronteras, en defensa de sus intereses y los de sus pacientes, frente a otros diversos, políticos, económicos y corporativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso López FA, Gancedo Gonzalez Z. Telemedicina. Cuadernos de Gestión 1998;4:144-51.
2. Alonso López FA, Custodi Canosa J. Modelos estratégicos para el diseño de la historia clínica electrónica. Medifam 2001;11:313-20.
3. Evaluation of GP Computer Systems. National Report. NHS Executive. http://www.standards.nhs.uk/library/rfa/nat_rep.pdf (documento íntegro en internet).
4. Rehms S, Kraft S. Electronic Medical Records: The FPM Vendor Survey. Family Practice Management 2001;8:45-54.
5. Klimczak JC, Witten DM 2nd, Ruiz M, Mitchell JA, Brillhart JG, Frankenberger ML. Providing location-independent access to patient clinical narratives using Web browsers and a tiered server approach. Proc AMIA Annu Fall Symp. 1996;623-7.
6. Proyecto Europeo C-CARE. Disponible en Internet: <http://www.telepolis.be/c-care>
7. CEN/TC 251. European Standardization of Health Informatics. Disponible en internet: <http://www.centc251.org>
8. California Healthcare Foundation. Promoting Health. Protecting Privacy: A Primer. Los Ángeles. California Healthcare Foundation and Consumers Union 1999.
9. Kibbe D, Bard MR. How safe are Computerized Patient records? Family Practice Management 1997;4:5.
10. Burton Community: Pilot Electronic Health Record 1998-1999, Final Overview Report. <http://www.schin.ncl.ac.uk/mig/burton.pdf> (documento íntegro en internet).
11. Alonso López FA, Custodi Canosa J. Desarrollo informático de los niveles de integración de información entre diferentes unidades de provisión desde una perspectiva de Atención Primaria. Medifam 2001;11:606-13.
12. Sánchez L, Pérez JE, Casado M. Comunicación entre niveles asistenciales mediante videoconferencia. VIIIª Jornadas de puesta en común en Atención Primaria del Área 8 INSALUD-Madrid 1997.
13. Wallace P, Haines A, Harrison R, Barber J, Thompson S, Jacklin P, et al. Joint teleconsultations (virtual outreach) versus standard out-patients appointments for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion: a randomised trial. Lancet. 2002; 359:1961-8.
14. Wootton R. Telemedicine and isolated communities: a UK perspective. J Telemed Telecare 1999;5:27-34.