EDITORIAL

El desafío de la informatización en atención primaria

Palabras clave: Gestión; Informática; Sistemas información.

Hace escasas fechas manifestaba Bruce Bagley, presidente de la American Academy of Family Physicians, dirigiéndose a sus asociados, que el mayor desafío que los médicos de familia enfrentarán en los próximos 5-10 años será la informatización de los registros clínicos.

A pesar de las diferencias, tanto en equipamientos como en el sistema para el que aportamos nuestros esfuerzos, es posible que podamos encontrarnos en una situación similar, ya que la introducción de elementos informáticos en el entorno clínico de la atención primaria de nuestro país no es ya un hecho aislado, voluntarista y casual, sino que parece deberse cada vez más a planificación e inversión sistemática desde las administraciones responsables.

Las nuevas tecnologías de la información van a generar un proceso revolucionario que ciertamente modificará tanto el día a día asistencial, a través de mejoras en el manejo de la burocracia o del manejo asistido de patologías, como en otras actividades del equipo de atención primaria –docencia, investigación, calidad– y sus relaciones con otros niveles sanitarios y con los usuarios de nuestros servicios.

Esta apuesta tecnológica por nuestro medio –siempre escasa– debería satisfacerlos, y desde luego lo hace ya en docenas de centros que han iniciado el proceso de una forma rigurosa, constructivamente crítica, sin miedos al futuro y conscientes de que no son lo mismo los fallos en la implantación (achacables a variados factores) que la validez y potencialidad de los sistemas.

Y, sin embargo, la tecnología no es inocua, y si la inversión no se produce respetando el objeto último de toda prestación sanitaria, que es el beneficio real del paciente, o no es fruto de esfuerzos conjuntos entre los profesionales y la Administración, sino que es algo impuesto, coactivo o

pretende poner a la atención primaria al servicio de otros intereses diferentes a los del paciente, ignorando o menospreciando la opinión de quienes desempeñan su labor en el día a día asistencial, los peligros de aquella pueden superar ampliamente sus ventajas.

Los sistemas de información sanitaria son, si cabe, aún más sensibles que cualquiera otros, ya que el objeto del proceso sanitario es la intervención directa sobre problemas de las personas, razón por la cual puede llegar a darse el caso de que datos estrictamente dependientes de una relación, en general individual, limitada por el secreto, desborden masivamente el ámbito intrínseco privado para el que supuestamente fueron aportados.

Por ello, el establecimiento de sistemas de información en los que se vean implicados los pacientes, por el uso de sus datos sanitarios, ha de superar un proceso, que consideramos indispensable, iniciado por un debate social que analice las ventajas reales, no argumentos espurios, e identifique las amenazas en la potencial vulneración de los derechos de confidencialidad y de otros derechos fundamentales de la persona, y que debería seguirse de la concreción legal pertinente en cada caso específico.

Este hecho es especialmente relevante en aquellos entornos que plantean al amparo tecnológico con sorprendente frivolidad, cercana al despotismo ilustrado, centralización de historiales y datos clínicos de pacientes. Desde nuestro medio defendemos, y alertamos, que aquellas bases de datos que relacionen información sanitaria de cualquier tipo y datos identificativos directos de pacientes deberían estar descentralizadas, con un nivel máximo de integración aconsejable limitado al equipo de atención primaria. Cuando especiales características de los procesos (daño potencial a la comunidad, se-

guimiento de prestaciones) aconsejen la unión de datos identificativos de pacientes a datos sanitarios, sobrepasando este nivel de referencia propuesto, deberá desarrollarse normativa específica para cada proceso centralizado, limitando el nivel de agregación al mínimo eficiente. La centralización *per se* es innecesaria, existen otras vías de acceder a la información precisa en cada momento y pone en riesgo grave la confidencialidad de los datos de los pacientes. Es por tanto fundamental establecer que los límites de todo proyecto de informatización sanitaria han de ser éticos, no tecnológicos, pues en el estado actual de desarrollo de la tecnología, la pregunta ha de cambiar desde: ¿es posible?, hasta: ¿es necesario? Este imparable desarrollo provoca generalmente una lenta respuesta normativa por parte del legislador. Si bien esta respuesta es ocasionalmente prudente, en la mayoría de las ocasiones sólo traduce una incapacidad de adaptación a los nuevos procedimientos. El contacto entre el legislador y los profesionales (sanitarios y expertos en nuevas tecnologías) ha de ser permanente y, del mismo, deben surgir directrices claras que faciliten la incorporación con rapidez de los nuevos adelantos a la práctica cotidiana, evitando tanto vacíos legales, que tanta confusión e indefensión generan para las partes implicadas, como trabas innecesarias que paralizen la iniciativa.

El trabajo diario en atención primaria, definido en más de una ocasión como *el arte de manejar la incertidumbre*, se beneficia extraordinariamente de la existencia de clasificaciones específicas para el mismo que permitan, con su uso informatizado, extraer las potencialidades de nuestro entorno con la máxima sencillez, comparabilidad entre prácticas y países y aprovechamiento de la prevalencia de los problemas cotidianos. En la actualidad, las nuevas clasifi-

caciones de la WONCA, cuyo exponente principal es la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), desarrolladas específicamente para este medio, con posibilidad de integración completa del proceso asistencial (razón de consulta, diagnóstico del problema, proceso clínico y proceso administrativo) y de los profesionales que lo prestan (médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos) se configuran como un estándar para atención primaria, posibilitando tanto la suficiente traslación hacia CIE-9 y CIE-10 como el uso de un amplio vocabulario de términos sinónimos que facilitan enormemente la operativa clínica. Conformarse a estas alturas con versiones reducidas de otras clasificaciones no creadas para este fin, en demasiadas ocasiones «validadas de forma local y promovidas por *expertos* que nunca han visto un paciente en un centro de salud», pretender que el médico de cabecera se convierta en un documentalista interpretando miles de códigos, o aceptar que un tercio de los contactos generan un mal definido fondo de saco, no sólo no parece conveniente, sino que además puede contribuir a alimentar la errónea idea de que la atención primaria es superponible a la atención especializada ambulatoria por el mero hecho de que sus pacientes no se encuentran institucionalizados (lo que por otro lado tampoco es cierto), especie en gran predicamento entre quienes, ignorando que la meta del trabajo en atención primaria es la so-

lución de los problemas sanitarios de los pacientes, pretenderían diseñar conjuntos mínimos básicos de datos (CMBD) basados en el proceso, por tanto inequitativos e inflacionistas en lugar de profundizar en un análisis de resultados, y centrados en una economicista y miope mejora local en vez del óptimo sanitario global.

La informatización de atención primaria puede facilitar el abordaje pero, de hecho, no resuelve problemas organizativos, pues éstos deben estar resueltos previamente o, en todo caso, si con su uso se ponen de manifiesto, habremos de diseñar las estrategias operativas que permitan su solución. En demasiadas ocasiones exigimos una adaptación localista de programas cuyos análisis generan circuitos correctos que evitamos aceptar, porque nuestra organización interna prefiere cerrar los ojos en la creencia que ignorar el problema es superarlo.

Por tanto, la informatización ha de aprovecharse como excusa para realizar o potenciar los cambios de modelo de organización sanitaria y sistemas de información que eleven al máximo la productividad del mismo (permitiendo conocer en todo momento qué es lo que hacemos y con qué calidad en relación a lo que costamos), y no conformarse con perpetuar, como antes hemos apuntado, modelos que se han mostrado en extremo ineficaces al permitir la ley del mínimo esfuerzo, los cocodrilos en la puerta para los problemas que no interesan, el ocultarse tras el trabajo

de los demás, o ese endémico y perpetuo mal de nuestro sistema de *cuanto peor, mejor*.

Es por tanto necesario comparar, pero para ello hay que utilizar no sólo idénticas unidades de medida, sino idénticos productos en idénticos contextos de producción, y esto hace imprescindible, huyendo de la autocomplacencia, de la inercia ¿o del temor?, profundizar en sistemas de medición y case-mix propios, aceptados por nuestros profesionales, estandarizados en función de su práctica, evaluados con rigor, tendentes a la mejora y reconocedores de la buena praxis.

El documento semFYC sobre informatización en atención primaria, transcrito en este número de la revista, profundiza en los temas expuestos y aporta, a modo de anexos, guías para la comprensión o implementación de diferentes aspectos relacionados con la informática y nuestro entorno de atención primaria. Pretende aportar una reflexión ética sobre la tecnología y ser un referente para que nuestra sociedad, a partir del mismo, influya activamente tanto en el establecimiento de sistemas que, a buen seguro, condicionarán el devenir de nuestra práctica en los próximos años, como en la denuncia de aquellos otros que pretendan menoscabar un axioma de nuestra profesión: *primum non nocere*.

**F.A. Alonso López y Grupo
de Trabajo sobre
Informatización de la semFYC**