

Mesa redonda 6. Nuevas tecnologías y su impacto real en Atención Primaria

Moderadora: Concha Ledesma Martín

Introducción

Concha Ledesma Martín

Médico de Familia. EAP de Piedrahita. Ávila. SACyL

APORTACIONES DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Cambios funcionales que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria

Las potentes herramientas tecnológicas accesibles en este momento deben utilizarse como medio para conseguir cambios funcionales que conducirán a un incremento de la calidad global de la asistencia prestada gracias a la mejora en:

- El acceso a los servicios, a los conocimientos y a los medios disponibles en la Medicina.

Es bien sabido que existen diferencias significativas en calidad y/o pronóstico de vida entre dos personas ante un mismo evento por el simple hecho de residir en un lugar o en otro. Es evidente la repercusión negativa en el acceso equitativo a los bienes y servicios como consecuencia de pertenecer a una comunidad rural alejada de la ciudad o incluso dentro de la ciudad, el residir en unos u otros barrios.

Aprovechar las ventajas de las comunicaciones virtuales, la telemedicina mediante transmisión de datos e imágenes en tiempo real o diferido y otras posibilidades tecnológicas es una oportunidad extraordinaria que debe ser explorada y explotada para subsanar estas desigualdades.

- La participación activa en la toma de decisiones a través de una mejor información tanto de los profesionales como de la población.

Cambio de modelo en la relación médico-paciente

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) pueden venir a paliar la gran asimetría de la información entre médicos y pacientes que ha condicionado tradicionalmente la relación entre ambos dentro de un modelo paternalista donde el paciente ha de confiar plenamente en lo que el médico sugiere. La sociedad actual exige un papel más activo del paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud, pero será sobre la

base de poseer información sobre su enfermedad, a veces más que su médico. Esto permitirá establecer un modelo de relación entre ambos más igualitario, más pactado, más transparente, con decisiones compartidas entre personas informadas y un nivel de autorresponsabilidad mayor, que aligere la carga del médico y la institución y proporcione al paciente la satisfacción de ser partícipe de las decisiones que le conciernen tan directamente.

Apoyo a la toma de decisiones en la consulta

La ciencia médica se nutre de la experiencia acumulada, de la observación exhaustiva, del intercambio de conocimientos entre los profesionales. Las herramientas informáticas permiten, hoy día, tener acceso inmediato a toda la información publicada, basar su toma de decisiones en la evidencia científica, incrementar la eficiencia de la actividad cotidiana mediante una comunicación con sus colegas más fácil, manejo de recursos informáticos clínicos, de información sobre pacientes, guías de práctica clínica, etc. Los médicos no van a sustraerse a este desarrollo a pesar de que conlleve un período de aprendizaje y de esfuerzo suplementario, pues conocen la importancia de reducir al máximo la variabilidad con la que trabajan para incrementar la seguridad del resultado final.

Utilizar la información sanitaria generada por la actividad asistencial, en beneficio de la propia asistencia, la investigación y la docencia, así como para una gestión más eficiente de los recursos

Las TIC incrementan la posibilidad de almacenar, manejar y explotar la ingente cantidad de información que genera la actividad asistencial misma y que puede y debe ser utilizada en beneficio de la propia asistencia, huyendo de la tentación de utilizarla con fines de estricto control desde las instancias gestoras. No hay que olvidar, sin embargo, que gestionar con eficacia es, en sí mismo, una mejora del sistema y las herramientas informáticas pueden colaborar también en esta mejora. Ejemplos como mantener actualizado constantemente el fichero de pacientes de cada servicio, la tarjeta sanitaria, el estado del almacén, la información sobre recursos humanos, la si-

tuación de cada centro de gasto, el gasto en farmacia, las bajas laborales, evitar gasto innecesario por repetición de pruebas, ahorrar en transporte, etc.

Favorecer la formación continuada y la investigación y mejorar la comunicación entre los profesionales

Las TIC permiten acceder a formación a través de la red, establecer grupos de investigación virtuales compartiendo casos, trabajar en contacto con los compañeros a través de las comunicaciones telemáticas, todo ello viejas aspiraciones de los sanitarios de la Atención Primaria, especialmente en el medio rural.

Permitir la comunicación fluida entre niveles asistenciales

Las TIC pueden ayudar a resolver los tradicionales problemas de relación entre el nivel de Atención Primaria y el especializado que dan lugar a que se repitan pruebas innecesariamente, se produzca duplicidad de registros y desinformación del médico de familia sobre la situación del enfermo que está siendo tratado en el nivel especializado, así como del especialista sobre la historia anterior del enfermo. Todo ello incrementa las listas de espera y, sobre todo, impide la colaboración de ambos en el objetivo común de mejorar la salud del paciente.

Las TIC son, en este momento, la pieza central de las estrategias de modernización de los sistemas sanitarios

La utilización masiva de las TIC en el campo sanitario modificará la manera de practicar la Medicina.

Las grandes ventajas de la informatización y la comunicación no deben hacer olvidar los riesgos que pueden derivar de un desarrollo inadecuado de las posibilidades:

- El hacer verdad una vez más la Ley de cuidados inversos del médico inglés Tudor Hart, aquella que decía que la disponibilidad de recursos sanitarios es inversamente proporcional a la necesidad de utilizarlos.

- Es importante tener presente que no se trata de buscar aplicaciones para la tecnología disponible, sino de buscar en la tecnología soluciones a los problemas de la salud y de la atención sanitaria a los ciudadanos.

- Un peligro que está movilizándolo a los médicos en contra del uso indiscriminado de la informática es la pérdida de control sobre la información confidencial que el paciente deposita en el médico y que éste tiene obligación legal, moral y deontológica de custodiar por encima de todo.

Tenemos ocasión aquí de profundizar y conocer experiencias concretas y aportaciones importantes en tecnologías de la información, así como de la tecnología de laboratorio clínico en el campo de la Atención Primaria.

Informática en la práctica clínica: de la gestión administrativa a la ayuda en la toma de decisiones

Joaquín Serrano Peña

Médico de Familia. EAP de Cambre. SERGAS. A Coruña.

Objetivos de la comunicación:

- Reflexionar sobre la información que el médico necesita en la consulta: qué dudas le surgen y cómo busca las respuestas.

- Describir Fistera, una propuesta que nació para dar respuesta a las dudas del médico en la consulta.

Los médicos tenemos dudas frecuentemente en la consulta. Según los estudios un médico de Atención Primaria (AP) tiene entre 8-12 y hasta 144 dudas relevantes en un día de consulta. Los pacientes con los que más dudamos son los de más edad. Los médicos mayores tienen menos dudas que los más jóvenes. En centros docentes los residentes se hacen más preguntas que los tutores e intentan contestarlas con mayor frecuencia. Los temas son proporcionales a los problemas vistos. Las materias con mayor número de dudas son los medicamentos, obstetricia y ginecología, enfermedades infecciosas, etc.

En un estudio realizado en varios centros docentes de Galicia en el año 2004 encontramos que las dudas que con mayor frecuencia se plantean se refieren a los grupos: “tratamiento” (56,8%), “diagnóstico” (21,3%), “manejo clínico” (15,1%), “cuestiones no clínicas” (4,20%) y “epidemiología” (2,52%).

Un 47,5% no son respondidas de forma inmediata. Para responder las demás se utilizó, por orden de frecuencia, un libro o vademécum (44,50%), Fistera.com (31%) y la opinión de otros colegas (20, 60%).

Los médicos tardamos menos de dos minutos en encontrar las respuestas y las más rápidas en ser respondidas son las relacionadas con los medicamentos. En la práctica, menos del 1% de las preguntas se responden por medio de una búsqueda en artículos originales.

Conocida la frecuencia y amplitud de los temas, las formas de presentación de las preguntas y la necesidad de resolverlas con agilidad, el médico ha de recurrir necesariamente a productos muy digeridos, fuentes de información de síntesis. Estas podrían ser las principales características de una herramienta ideal:

- Especial atención a las dudas sobre medicamentos.

- Construida para dar respuesta a las preguntas de los clínicos en la consulta, siguiendo el proceso lógico de presentación en la consulta. La forma en que los autores presentan las respuestas no siempre se ajusta a la forma secuencial de abordar un problema en consulta.

- Una herramienta electrónica y accesible desde la historia clínica del paciente.

- Fiable, elaborada con una metodología lo más rigurosa posible, en base a las evidencias científicas.

– Sencilla y fácil de usar. Se insiste en que los médicos deberíamos aprender a hacer mejor las preguntas, pero quizás también los autores deberían mejorar la presentación de sus respuestas. “Mucho se ha escrito sobre las cualidades de una buena pregunta, pero poco sobre las cualidades de una buena respuesta”.

¿QUÉ INFORMACIÓN Y QUÉ SOFTWARE NECESITA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CONSULTA?

Una aplicación informática para la gestión de la historia clínica

Con varias opciones, algunas de ellas gratuitas: Hipócrates, HipoSEMG XXI, OMI-AP, Salud 2000, el elegido por la Comunidad Autónoma correspondiente.

En general se utilizará el programa que haya decidido la Comunidad Autónoma correspondiente y no se pedirá opinión al respecto.

Aplicaciones o herramientas que ayuden en la toma de decisiones clínicas

Tema más apasionante y donde los clínicos tenemos mucho que decir.

La mayoría de los médicos de AP necesitamos de elementos que nos ayuden en la toma de decisiones clínicas. La informática facilita esta labor y es cada vez más sencillo tomar decisiones basadas en una información científica adecuada. ¿Qué se necesita? o ¿qué puede ayudar en la consulta? En nuestra experiencia, más de 8 años de consulta informatizada, lo que más nos ayuda es lo siguiente:

– Guías clínicas breves y sencillas, que permitan ser consultadas con rapidez, en tiempo real y con el paciente delante. Un elemento que intenta cumplir este objetivo son las guías clínicas de Fisterra. Además, desde su Directorio de Guías Clínicas se tiene acceso a otras Guías.

– Por otro lado, siempre hemos utilizado libros, y cada uno de nosotros iba elaborando su propio “chuletario” como herramienta de ayuda, lo empezábamos a construir de residentes, en general con escasa metodología MBE, más frecuentemente escribíamos la opinión de un experto (el especialista de segundo nivel), sin fecha de actualización o de revisión, y con dificultades para recordar en qué letra del alfabeto habíamos incluido el tema. Ahora, si no se dispone de acceso a Internet o se quiere disponer de los temas que se utiliza con mayor frecuencia en el propio ordenador, se puede construir el “chuletario informatizado”, nosotros lo llamamos El Prontuario y explicamos cómo lo hacemos.

– Acceso a información sobre Técnicas en AP (Fisterra) porque es frecuente olvidar algún detalle sobre la técnica que se quiere realizar.

– Más de un 30% de las dudas que se plantean en la consulta se refieren a medicamentos, necesitamos información sobre medicamentos (Fisterra).

Sobre interacciones medicamentosas utilizábamos la aplicación *The Medical Letter: Adverse Drug Interactions Program*. Ahora desde la página Los medicamentos en la web (Fisterra) accedemos directamente a las bases de datos en internet.

– Libros electrónicos con buscadores buenos y rápidos (Farreras, etc.).

– Libros y textos en papel, muy pocos, 2 ó 3 buenos y de uso muy frecuente.

– Aplicaciones informáticas:

Calculated+: aplicación que facilita los cálculos (RCV, Escalas y test) y con información clínica de acceso rápido y especialmente centrada en las dudas más habituales, los medicamentos (en el embarazo y lactancia, en urgencias, con el Sintrom, equivalencias, dosis en pediatría, etc.).

CalcuVac es una aplicación informática de ayuda en consulta que permite la elaboración del calendario vacunal personalizado: cualquier edad, sexo, riesgo, antecedente; ofrece información en formato texto de temas o problemas relacionados con las vacunaciones en el adulto, y dispone de material informativo sobre vacunas orientado a los pacientes.

Información para pacientes

Para explicar sus problemas o para darles información impresa:

– Dietas (Fisterra).

– Ejercicios.

– Información y consejos para pacientes (Fisterra).

– Una página de entrada a información para pacientes con acceso a MEDLINEplus, FamilyDoctor, etc.

Acceso a internet

Si se dispone de acceso a Internet todo lo anterior es mucho más fácil. Una buena puerta de entrada es Fisterra, inventada entre otras cosas para resolver nuestros problemas en la consulta, con acceso a PUBMED, La Biblioteca Cochrane Plus y cientos de sitios en Internet.

Más software

Si lo anterior no cubre las necesidades en Internet hay disponibles excelentes directorios con todas las posibilidades que ofrece el mercado.

Urgencias y domicilios

Para las urgencias y los domicilios resulta muy útil una PDA (ordenador de bolsillo), con escasas pero buenas aplicaciones: vademécum, el Prontuario, un programa de cálculos (Archimedes) y algún libro electrónico dedicado a urgencias. En la consulta, donde pasamos la mayor parte de nuestra actividad laboral, resulta mucho más práctico el ordenador de sobremesa. La PDA es muy adecuada para la gestión de recursos externos (contactos).

CONCLUSIONES

– El médico de AP necesita de elementos de ayuda para la toma de decisiones clínicas en la atención a los pacientes en la consulta.

– Las nuevas tecnologías ayudan a encontrar las respuestas con mayor rapidez y agilidad que los elementos tradicionales.

– Fisterra es una herramienta útil para esta finalidad.

Nuevas técnicas de laboratorio en Atención Primaria: aplicación y validez en contextos asistenciales remotos

Mikel Longa Peña

Director Médico. Laboratorio Análisis Clínicos Virgen de Begoña. Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Definiciones básicas para la comprensión y valoración de técnicas analíticas:

- Sensibilidad.
- Especificidad.
- Valor predictivo positivo.
- Valor predictivo negativo.
- Calibración analítica.
- Control analítico: interno y externo.

DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANALÍTICOS

Examen macroscópico

Se analizan los cambios de aspecto y color en sustancias orgánicas o bien la presencia de elementos anómalos, como por ejemplo:

- Presencia de sangre en heces u orina.
- Presencia de parásitos macroscópicos.
- Cambio de color en heces o cambio de consistencia.

Examen microscópico

Se precisa poseer un microscopio con lentes para conseguir un mínimo de 400 x. A ello, hay que añadir portaobjetos, cubres y dependiendo de hasta dónde queramos llegar, diferentes colorantes y tintes.

De gran sencillez es la realización de la prueba de Grahan para descartar huevos de oxiuro.

Realizar una tinción de Grahan nos puede resultar muy útil para el diagnóstico de sospecha de ciertas enfermedades infecciosas.

Asimismo, tiene una gran utilidad en los exámenes en fresco de secreciones orgánicas.

Examen químico

Se basa en técnicas muy variadas, pero sobre todo en la química seca.

Hacemos, muchas veces, análisis en la práctica médica sin darnos cuenta de ello. El ejemplo más típico son “las tiras reactivas” de orina para la investigación de elementos anormales.

Dentro del examen químico es donde más avances tecnológicos se han producido y mayor es la oferta que recibimos, por lo que debemos ser extremadamente selectivos al elegirlos.

Describiremos varios de ellos:

– Test de embarazo: análisis inmunométrico. Diferentes sensibilidades.

– Tiras de orina: con reactivos de química seca para diferentes análisis. Es fundamental valorar la caducidad o el deterioro de las mismas.

– Instrumentos de monitorización de la glucemia. Ampliamente difundidos y utilizados tanto en el domicilio, consulta o plantas hospitalarias. Sin embargo, son escasos los sometidos a control de calidad.

– Tiras de orina para la detección de metabolitos de drogas de abuso.

Se debe recalcar que son métodos de *screening* y no tomarlos como informes definitivos.

Dependiendo de cada droga y su vida media y el grado de exposición variará la sensibilidad del test.

– Oximetría: permite la valoración no traumática en tiempo real de la saturación de oxígeno arterial. No confundir con la presión de oxígeno y saber que en absoluto existe una relación directa.

– Instrumentos para la determinación de la actividad protombínica y cálculo del INR.

– Test rápidos directos: basados en técnicas de látex o enzimoimmunoensayos, nos permiten un diagnóstico de sospecha de enfermedades de carácter grave. Se utiliza siempre la muestra directa. Nos permite sobre todo la investigación de enfermedades infecciosas como el *Streptococcus A*, el citomegalovirus, virus respiratorio sincitial, etc.

– Determinaciones específicas que las casas comerciales nos ofertan junto con el instrumental que se precisa para la realización del análisis. Ejemplos de ello son los lectores de tiras de química seca o bien los lectores para análisis de sustancias como el dímero D, el propéptido natriurético, etc.

Aquí debemos valorar tanto la sensibilidad y especificidad de los test como la utilización de los controles de calidad y la eficiencia del test.

Por último hay un tema a reseñar con connotaciones médico-legales: la responsabilidad sobre los resultados.

Existe una legislación clara en cuanto al funcionamiento de los laboratorios de análisis clínicos, pero no está bien definida la repercusión sobre los resultados obtenidos bien a la cabecera del paciente, bien en la propia consulta.

Técnicas de imagen y telemedicina. Situación de la Atención Primaria ante las nuevas tecnologías de e-salud

Julio Lorca Gómez

Director de Análisis Tecnológico. Observatorio de Innovación. Consejería de Innovación, Ciencia y Esa. Grupo Proyecto ALBORAN. Coordinador Regional Andalucía.

EL DESAFÍO

En los últimos meses se ha reabierto un debate, común al suscitado en muchos otros países occidentales, sobre la sostenibilidad financiera de la sanidad pública en España.

Factores como el envejecimiento de la población, el imparable incremento de la factura farmacéutica, el rápido desarrollo de las nuevas tecnologías diagnósticas o reivindicaciones salariales de los facultativos, junto con la escasez de especialistas para patologías altamente prevalentes, han culminado con la reciente llamada desde varios sectores a que se reproduzca para la sanidad un “pacto de estado” semejante al que se alcanzó en Toledo sobre el modelo de pensiones.

Sin embargo, no son sólo abordajes económicos los que se deben poner sobre la mesa. Es necesaria una verdadera reingeniería de los servicios sanitarios que permita indagar formas más eficientes de solucionar los retos planteados; en especial, la excesiva utilización del sistema para comunicar al paciente “estados de normalidad”. Son miles las consultas médicas que se realizan diariamente con la única finalidad de ratificar la ausencia de una patología ya acordada en otro lugar. Esto provoca desplazamientos y absentismo laboral evitable, sin profundizar en la carga emocional de quien espera un resultado que a la postre acaba siendo intrascendente.

Decenas de empresas están aprovechando el “nicho mercantil” provocado por el mencionado déficit de especialistas, junto a la necesidad de buscar modelos más eficientes de gestión dado el déficit acumulado de financiación referido, para ofrecer servicios a bajo coste que aprovechan la ubicuidad del conocimiento facilitada por las nuevas tecnologías.

Un área en la que la telemedicina está teniendo gran impacto es la radiología. Entre 2002 y 2003 el salario medio anual ofrecido a candidatos para empleos de radiólogos en los EE.UU. fue de 317.000 dólares americanos. A pesar de ello, la dificultad de contratación ha sido creciente. En la ciudad de Bangalore en la India, un radiólogo altamente cualificado puede ser contratado por salarios que varían entre 15.000 y 25.000 dólares americanos al año. Un resultado obvio de esta situación ha sido la creación de varias compañías que utilizan especialistas en India para llenar el vacío creado por el déficit de radiólogos en los EEUU. Para evitar problemas legales con respecto al uso de profesionales sin licencias para ejercer en Norte América, dichas compañías están utilizando la figura de “validadores” locales, que son profesionales con licencia para ejercer la especialidad concreta en EE.UU., que “visan” los informes generados por sus pares ubicados en las localizaciones remotas, antes de ser presentados al hospital demandante.

La pregunta fundamental es ahora: ¿Cuándo el déficit de especialistas o la imposibilidad de financiar nuevas instalaciones condicione la ausencia de un servicio, una elevada espera o costes insostenibles, se renunciará al sostenimiento del sistema público o se recurrirá a soluciones de telemedicina asincrónica como está ocurriendo para la radiología?

HACIA LA TOMA DE MUESTRAS DIGITALES

Muchos sanitarios recordarán aún el tiempo en que, para realizarle una analítica a un paciente de Atención Primaria,

éste tenía que desplazarse hasta un punto de extracción distante, cercano al correspondiente laboratorio. Por suerte, los programas de “extracción periférica de muestras”, representaron una auténtica revolución “humanizadora”, como se le llamó por entonces; ya que hizo que el desplazamiento del enfermo fuese innecesario. La utilización eficiente del transporte de mercancías críticas, y mejoras en las vías de comunicación terrestre, proporcionaron los avances necesarios para una mejora en la equidad de acceso a otros tantos servicios de salud.

Dada la rápida penetración de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) surgen otras cuestiones importantes:

- ¿Por qué no utilizar la experiencia histórica de la toma de muestras de sangre y aplicarla al nuevo marco potencial que propician las TIC.

- Se le saca todo el rendimiento a un teléfono fijo con un módem básico transmitiendo nocturnamente, y por tanto, con bajo coste en ancho de banda?

- ¿Cuáles son las posibilidades aportadas por los “móviles” con su mensajería SMS, o al GPRS y a la nueva tecnología UMTS?

- ¿Por qué no, toma de muestra digital?

La atención sanitaria a distancia (telemedicina) desarrollada hasta la fecha se ha basado fundamentalmente en la interlocución a tiempo real entre el sanitario que demanda apoyo cualificado y quien lo presta (teléfono, videoconferencia, etc.); siendo completado en ocasiones por el concurso del propio paciente, o la aportación de pruebas enviadas por diferentes medios (fax, correo electrónico). Este enfoque, si bien altamente eficiente en algunos casos como ante emergencias y telepsiquiatría, pierde este carácter cuando es utilizado para procesos ordinarios de demanda masiva. La necesidad de hacer coincidir en el tiempo los encuentros telemáticos entre profesionales para cada caso concreto, genera tiempos muertos en coordinación y disponibilidad, que impiden generar “economías” de escala.

Pensamos que para que estas nuevas modalidades de interacción entre profesionales sanitarios y el público sean posibles, es necesario que la atención sanitaria se prepare para responder al cambio de paradigma que representa la visión sistémica del proceso de atención como un todo: el individuo y su medio; y que se evoca afirmando que el ciudadano pasa a ser el centro del sistema. Este enfoque es la base de la definitiva orientación a procesos y del valor irrenunciable de la continuidad asistencial, donde las tecnologías están llamadas a ejercer de instrumento esencial.

Ante esta realidad, el ciudadano no debe perseguir los servicios sanitarios ni sus prestaciones, sino a la inversa, siempre que ello sea posible. Para ello, las organizaciones asistenciales actuales se deberán apoyar en el potencial tecnológico alcanzado, que permite la ubicuidad de toda señal digital representativa de un fenómeno vital. No sólo los datos asociados al curso clínico de un paciente, sino cualquier evento de su realidad más cercana, pueden ser emulados a distancia. Es el dato, la imagen o el sonido el que

debe viajar en un sentido, mientras el conocimiento, aplicado al caso concreto, en el opuesto.

En este contexto, el profesional más cercano al ciudadano, el de Atención Primaria, será el que deba actuar como agente principal del paciente ante el sistema asistencial: su gestor, su representante y su tutela. Es él quien mejor conoce cómo se desenvuelve en su barrio, en su trabajo y en su medio familiar; así como sabe interpretar sus interacciones con los allegados y vecinos. Es él quien debe hacer comprensible en qué contexto se debe valorar el signo clínico que va a recibir el especialista, acompañándolo de un informe inicial.

Sentado esto, en este nuevo marco de relación asistencial, cuando la complejidad de los medios tecnológicos necesarios, o un conocimiento especializado sea requerido, estos “agentes” del paciente podrán recurrir a un especialista en la distancia, que en tal caso actuará como “consultor coyuntural”. Hoy, cuando un médico de familia necesita realizar una prueba analítica, elabora una orden de toma de muestra de sangre al enfermo, que es remitida a un laboratorio centralizado distante, donde es procesada e informada; tras lo cual, se elabora el informe que es devuelto al solicitante. El profesional sanitario de la nueva era, tomará o indicará que se tome una muestra digital (señal digital diagnóstica), que será enviada telemáticamente e informada a distancia, ya se trate de una espirometría, un electrocardiograma (ECG), una imagen de otoscopia o laringscopia una imagen digital radiológica, una imagen dermatológica, una retinografía, etc.

CONVIERTIENDO A LA TELEMEDICINA ASÍNCRONA EN REALIDAD

Para que la telemedicina asíncrona se convierta en una realidad clínica, los profesionales sanitarios requerirán no sólo apoyo tecnológico, sino también nuevos patrones de trabajo e incentivos para usarlos.

Junto a la “toma de la muestra digital”, los profesionales sanitarios que soliciten un servicio asíncrono deberán aportar un “resumido informe de derivación” que oriente al especialista distante. Para este último, gran parte de su nueva actividad consistirá en realizar juicios clínicos sobre pruebas materiales, de la misma forma que un patólogo lo hace hoy sobre la pieza histológica, sin que el paciente deba estar presente para el correcto desenvolvimiento de su actividad. Esto puede ser más gráfico si lo comparamos con la actividad de un endoscopista. Cuando éste observa por su visor las imágenes del tracto digestivo, a través de la cámara, puede ser indiferente que el enfermo esté bajo de sí o a 100 km de distancia. Esto ocurre ya hoy en Inglaterra, donde las imágenes son capturadas por una microcámara incorporada a una cápsula digerible, donde son grabadas y mostradas más tarde para su diagnóstico. Técnicamente no hay obstáculos que dificulten que estas cápsulas fueran tomadas en la misma consulta de Atención Primaria y la grabación remitida a digestólogos que trabajan en sitios distantes y con su propio horario.

Por el momento, para que el escenario planteado sea posible, es necesario disponer al menos de una infraestructura de almacenamiento y comunicación de señales digitales diagnósticas (imágenes, sonidos, etc.), cuya arquitectura es aconsejable que sea diseñada en forma ASP (*Application Services Provider*) que actuará de “orquestador” de los flujos de señales digitales recibidas, en la generación de las correspondientes listas de trabajo organizado, sobre las que ejercer el trabajo diagnóstico especializado y recanalización final de los informes clínicos resultantes. Un modelo ASP suele incluir la asociación de distintas compañías que unen sus soluciones para proveer servicios unificados (extremo a extremo), garantizando la seguridad, la estabilidad y el soporte tecnológico necesario para que dichos servicios puedan ser prestados con enfoque integral, alta calidad y sin grandes inversiones en infraestructura.

Otro elemento fundamental para la introducción exitosa de la telemedicina asíncrona será la creación de incentivos apropiados para que profesionales sanitarios, gestores y líderes políticos apoyen y faciliten esta nueva modalidad de prestación de servicios. Los gestores y políticos, por ejemplo, requerirán motivación para considerar modelos alternativos de contratación y gestión variable de flujos a tiempo real. Los profesionales sanitarios necesitarán apoyo para ejercer usando modelos diferentes que no desemboquen en reducción de su calidad de vida e ingresos. Los ciudadanos, a su vez, deberán comprender y adoptar con entusiasmo estos modelos novedosos de atención sanitaria y aceptar sus ventajas, asegurándose que ejercerán presión sobre el sistema si se abusa de dichos modelos con la única finalidad de recortar presupuestos a costa de la calidad de la atención sanitaria.

CONCLUSIONES

Una consecuencia clara de la era de las TIC es la oportunidad de crear nuevas formas de desempeñar los roles sanitarios clásicos. Este nuevo ámbito operativo aporta dos elementos esenciales:

– El sistema se pone realmente al servicio del paciente. Es el conocimiento el que viaja en su búsqueda y no al revés. En tal caso, los niveles asistenciales, en tanto que estructuras físicas diferentes, comienzan a perder sentido: el especialista, en su calidad de consultor, prestará atención “virtualmente” al consultorio, aunque éste se encuentre a kilómetros de distancia del centro especializado o de la propia casa del interlocutor, por lo que se abren paralelamente expectativas para el teletrabajo sanitario.

– Es posible que las organizaciones puedan centrarse en lo verdaderamente importante: una vez descartada la normalidad (una lesión pigmentaria que deja de ser sospechosa, una prueba diagnóstica negativa) sólo es necesario que se desplace aquel paciente con un riesgo cierto de padecer la enfermedad (melanoma, retinopatía, etc.), con lo que el tiempo adquiere su verdadero valor: menos tiempo en lista de espera, menos tiempo laboral perdido, tanto del paciente, como por mayor tiempo de atención presencial en la consulta del especialista para quien lo necesite real-

mente, al no tener que asignar tiempos de consulta para pacientes sanos, etc.

En definitiva, los servicios telemédicos en la nueva era de la e-Salud, no deben ser alternativas novedosas, más o menos eficaces, al modo clásico de atención; sino que deben imbricarse en el trabajo ordinario, como nuevas vías de hacer mejor lo mismo. A nadie se le ocurre hoy enviar al paciente al laboratorio para que le hagan la extracción de muestras biológicas. En poco tiempo, nadie derivará físicamente un paciente al oftalmólogo para descartar una retinopatía diabética, al menos de forma inicial.

Los cambios que las TIC hacen posibles no dependen ya de la tecnología en sí. Hablamos de nuevos modelos de organización, de retribución, de educación, de intereses consolidados de determinados sectores y grupos de presión.

En Francia, en el siglo XVIII, grupos de agricultores comenzaron a lanzar *sabots* -esos zuecos o zapatos de made-

ra de origen holandés- contra las cuchillas de las trilladoras que “estaban robando el trabajo a los segadores”. Ejemplo que fue seguido por los obreros textiles contra los engranajes de las máquinas. De ahí deriva el término sabotaje. Eran las reacciones lógicas a las amenazas de la revolución industrial. Hoy, sin obviar los efectos negativos de todo aquello (polución, materialismo, etc.), ¿quién puede negar que no fue precisamente el número de puestos de trabajo lo que se vio afectado? Lo que realmente ocurrió es que nacieron formas diferentes y más eficientes de hacer las cosas.

En una ocasión Woody Allen dijo: “me interesa el futuro porque es el sitio donde voy a ir a pasar el resto de mi vida”. Ayudemos a que el “bienestar” del mañana, y que ahora algunos cuestionan, sea al menos tan precioso como el que nos legaron nuestros padres a nosotros. Ojalá seamos capaces de tomar las decisiones acertadas.