

La historia digital en Atención Primaria: ¿facilita el trabajo?

Moderador: Antonio Montaña Barrientos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomado en Epidemiología e Investigación Clínica. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. Departamento de Formación e Investigación. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

La historia digital facilita la práctica clínica en Atención Primaria

Ricardo San Vicente Blanco

Responsable del programa informático OSABIDE. Guipúzcoa Oeste.

La informatización de la historia clínica ha supuesto un cambio importante en nuestra forma de trabajo. Hemos pasado de la historia clásica de papel a una historia totalmente informatizada, lo que ha supuesto un esfuerzo de formación y de adaptación importante por parte del personal sanitario y administrativo. Sin embargo, la accesibilidad inmediata a la información archivada, la agilidad en la utilización de los datos y la posibilidad de explotación de la información han dado una nueva dimensión al registro y la utilización de la información médica.

La historia clínica informatizada ha supuesto desde mi punto de vista las siguientes ventajas:

1. La uniformidad en el formato: lo que ha supuesto mayor legibilidad en la escritura. Uno de los problemas de la historia clínica de papel ha sido en muchos casos la ilegibilidad de la información introducida, resultando que mucha de la información volcada en ellas no se aprovechará, descartando datos de importancia para el paciente y el clínico. En algunos casos ni el mismo médico que lo escribía lo podía descifrar, convirtiendo el registro médico en un jeroglífico muchas veces incomprensible para su mismo autor.

Además, la historia electrónica obvia la necesidad de escribir varias veces la misma información y permite extraerla en diferentes formatos y asociaciones.

2. Estandarización en la recogida de datos. Los *datos básicos del paciente*. Esta unidad de información elemental de registro de datos (en Osabide es el elemento básico de información) permite su explotación posterior. Nos permite acceder a información relevante de una determinada población pudiendo agrupar a los pacientes en virtud de criterios determinados.

3. La automatización de diversos procesos como la CLT. El control informático de la receta crónica, además de facilitar al paciente la consecución de su medicación crónica, en muchos casos desde enfermería o área administrativa, sin acudir a consulta médica, evita la obtención incontrolada de medicamentos con el riesgo de acumulación y despilfarro, mejorando la utilización de recursos, a la vez que ayuda en el seguimiento de la cumplimentación del tratamiento.

4. La automatización de la ILT. Esto ha supuesto un mejor seguimiento de la misma, ya que la generación automática de los partes de confirmación, el control del tiempo de baja y de las fechas de revisión, todo ello de una forma sencilla y ágil posibilita tener una información actualizada de los pacientes de baja, inicio de la misma y partes de confirmación realizados.

5. Historia clínica única para cada paciente. La creación de una intranet permite el acceso a una historia única desde cualquier centro de salud de la red de Atención Primaria del ámbito en el que esté implantada. Esto proporciona una información actualizada de los episodios, evolución clínica, pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas y toda información clínica de interés en la asistencia al paciente.

Hemos pasado de las bases de datos locales que únicamente podían utilizar los miembros del mismo centro de salud a conexiones de redes que permiten el acceso a la historia desde cualquier centro de salud de todo un territorio.

6. Ordenar los datos. La ordenación de la información permite un acceso más rápido y mejora la visualización.

7. Mejora la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud. Uno de los problemas de la historia clínica de papel era la falta de sistematización en los registros de las actividades preventivas y curativas. La historia clínica informatizada puede mejorar este problema a través de utilidades del propio sistema que recuerdan la necesidad de realizarlas y archivan la información en registros de fácil consulta.

El Plan de Actividades Programadas (PAP) de Osabide introduce las actividades preventivas recogidas en la

oferta preferente dentro del contrato programa mediante una utilidad que avisa al personal sanitario al entrar en la historia clínica de cuáles son las actividades y tareas asignadas que deben realizarse, tanto si se trata de actividades preventivas como de seguimiento de la patología del paciente.

8. Sistema de clasificación de diagnósticos y enfermedades que unifica la terminología médica y facilita el reconocimiento a la hora de etiquetar el cuadro clínico atendido. Aun siendo cuestionable el sistema de clasificación de enfermedades (CIAP, CIE-9) a utilizar, sería necesario un intento de unificar la terminología mediante un sistema válido tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria.

9. Permitir a los médicos de Atención Primaria el uso de las bases de datos con fines epidemiológicos y estadísticos. La historia clínica informatizada puede estimular la investigación científica en medicina y las bases de datos informatizadas y actualizadas a su disposición pueden ser herramientas de gran importancia.

10. Permite recordatorios y avisos sobre interacciones medicamentosas antes de prescribir una medicación. Poder obtener información sobre las reacciones adversas de diversos medicamentos y tener de este modo un mejor control. El sistema Osabide posee un sistema de aviso que alerta al clínico sobre si el paciente tiene alguna reacción adversa a medicamentos.

11. Desde el punto de vista de los gestores, la historia clínica informatizada aparece como un instrumento capaz de facilitar el cálculo de los gastos y la adaptación de recursos económicos.

Permite parte del análisis de los recursos invertidos en cada una de las distintas atenciones que se brindan a los pacientes y permite la obtención de indicadores de efectividad, eficiencia e impacto.

Aspectos críticos a debatir en la historia digital de Atención Primaria

Jesús Gil Álvarez

Servicios de Programas Asistenciales. Gerencia Regional de Salud. SACYL.

El trabajo que voy a exponer lo tengo planificado, aun-que teniendo en cuenta que no lo he madurado suficiente y podría cambiar el contenido intentando siempre mantener el esquema, de la siguiente manera:

1. Diferencias entre sistemas de información sanitaria (SIS) e historias clínicas o de salud electrónicas (HCE):

– La HCE como coartada de las instituciones para potenciar el SIS.

– La complejización de la HCE en función de las necesidades de información de estamentos concretos.

– Partición de funcionalidades con desarrollos y responsabilidades parciales que potencian partes de la HCE en detrimento de otras.

– Servidores centralizados con información exhaustiva y muy sensible.

– Necesidades de información sin desarrollo previo de indicadores. ¿Millones de registros nos llevarán a lograr una información útil?

– ¿Los SIS benefician a los pacientes?

– Los profesionales que registran los datos como primeros destinatarios y beneficiarios de la información generada.

– Integración de fuentes externas de información en los programas informáticos para generar indicadores epidemiológicos en la base del sistema sanitario. Nuestros registros se explotan desde niveles administrativos que elaboran indicadores pero esas fuentes no integran la información en nuestro sistema, convirtiéndonos en meras comparsas. Por ejemplo: Farmacia.

– De la historia de salud única a una única historia de salud.

– CMBD como derecho de los pacientes.

– La valoración de la calidad del resultado en salud como reto aún no planteado.

2. El economicismo como base de la organización de la HCE:

– Del trabajo cronológico a la organización de episodios o trabajo por procesos clínicos.

– Lograr una valoración individualizada de los profesionales con criterios de calidad asistencial como pretexto para incidir en una mejora del rendimiento económico.

– La información económica como filtro previo en la toma de decisiones en Farmacia.

3. Respeto a la cultura asistencial en Atención Primaria (AP):

– De la historia clínica (HC) en primaria longitudinal a la recogida sistemática de información.

– De la asistencia integral y multidisciplinar a la recogida de datos para justificar actividades.

– Introducción de terminologías extrañas con objetivos no claros. Del diagnóstico clínico a la codificación de enfermedades.

– Diferencias en la estructura de registro diagnóstico entre atención especializada y AP.

4. Uso de las HCE diseñadas para AP:

– Complejidad de la herramienta.

– Formación específica para el manejo de la HCE. Planes de formación.

– Nuevos conceptos y terminologías extrañas cuando no contrarias a la cultura asistencial, incluso términos de uso común que cambian su significación. Por ejemplo: encuentro, episodio, dato clínico, DGP, proceso clínico, UBF, procedimientos, órdenes médicas, etc.

5. Aceptabilidad de la HCE por los profesionales:
- Dependencia tecnológica de fuentes externas.
 - Elementos no sanitarios implicados en la gestión de la información generada por los clínicos.
 - Poco desarrollo de funciones relacionadas con una mejora en la accesibilidad de los pacientes.
 - Cultura asistencial, preventiva y de promoción de la salud como objetivos no prioritarios en la HCE.
 - La AP, puerta de entrada al sistema sanitario, como garante de la custodia de la información a la sensación de que nuestros registros son utilizados de forma poco clara por superestructuras administrativas.
 - ¿Es posible tabular la inespecificidad de datos clínicos manejados en la relación sanitario-paciente?
 - Confidencialidad.
 - ¿Una herramienta no plenamente aceptada y utilizada genera indicadores fiables?

6. Utilidad de la HCE en la consulta diaria:
- Matices en la supuesta desburocratización de las consultas.
 - Nuevos problemas administrativos dependientes de la herramienta.
 - Vuelta a conceptos legalistas superados por las dinámicas asistenciales cotidianas desde hace años. Por ejemplo IT.
 - Del protocolo o guía clínica como estándar de calidad consensuada al protocolo como justificación de actividades programadas. “Registrar lo que he hecho es más importante que hacerlo”.

7. El Sistema Nacional de Salud gestionado de forma autonómica:
- Cada Sistema Regional de Salud ha desarrollado su modelo de HCE de forma independiente y absolutamente incompatible.
 - De la dispersión máxima a una futura convergencia dentro de lo posible.
 - ¿Lograremos al menos que los pacientes puedan controlar y portar un CMBD útil para mejorar su asistencia?

Confidencialidad en la historia digital del SSPA

Ignacio Pajares Bernaldo de Quirós

Unidad de Procesos Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en su artículo 7 establece que “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización autorizada por la ley”.

La historia clínica (HC), entendida como el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, representa una de las herramientas más importantes para el desempeño de los profesionales de la salud. Contiene, además de los citados documentos, la identificación de los médicos y demás profesionales sanitarios que han intervenido en dicho proceso, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica del paciente. La HC es un documento destinado a garantizar la asistencia adecuada al paciente y debe incorporar aquella información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud.

El uso de la HC en cualquier formato (papel o digital) representa un riesgo para la confidencialidad. Su uso y tratamiento se encuentra regulado por diferentes leyes (Ley General de Sanidad, Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley de Autonomía del Paciente, Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997), que establecen la necesidad de disponer de controles de acceso y sistemas de custodia que eviten el acceso de personas no autorizadas al contenido de la misma.

La regulación de los accesos a la historia debe lograr un equilibrio que, sin menoscabo del derecho de los usuarios a la confidencialidad de sus datos, permita el funcionamiento ágil de los centros asistenciales. Partiendo del principio de que el ciudadano es el propietario de los datos de su historia de salud, es éste quien debe autorizar los accesos a la información.

La aparición de la historia digital de la salud (HDS) ha supuesto un avance al hacer desaparecer los archivos de historias clínicas de papel de los centros, mejorando la accesibilidad a los datos clínicos por parte de los profesionales sanitarios. Esto da cumplimiento a la Ley de Autonomía del Paciente (LAP), que en su artículo 15 dice que “la historia clínica se llevará con criterios de unidad e integración para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial”.

Pero por otro lado la HDS aumenta, al menos de forma teórica, los riesgos para la confidencialidad de la información, ya que las bases de datos con contenido clínico almacenan datos de carácter personal, a los que la LOPD en su artículo 7 da carácter de “especialmente protegidos”, de miles o millones de personas. Este riesgo, que parece obvio, puede ser minimizado con el uso de bases de datos locales o distribuidas (un servidor situado en cada centro sanitario que no comparte información con otros centros) que utilicen servidores seguros, acceso por perfiles y una adecuada custodia de las copias de seguridad de la base de datos. En las bases de datos centralizadas la seguridad, integridad y confidencialidad parecen más complejos de mantener.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas (Euskadi, Andalucía, Comunidad Valenciana, Madrid,

Castilla La Mancha, etc.) se están decantando por bases de datos centralizadas con el objeto de dar soporte a HDS únicas. De la misma forma, el Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) en su Estrategia 11, denominada Sanidad en Línea propone la creación de una historia clínica digital del SNS, con la finalidad de garantizar a los ciudadanos que los profesionales sanitarios tienen acceso a aquella información clínica que precisen para su asistencia en cualquier momento y lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos el control del acceso a los datos relativos a su salud, restringiéndolo a aquellos profesionales sanitarios debidamente autorizados.

La implantación generalizada de bases de datos centralizadas, que tienen indudables beneficios, hacen necesario exigir la implantación de medidas de seguridad pa-

ra garantizar la integridad y la confidencialidad de los datos que contienen. Estas medidas deben garantizar:

- Servidores seguros, con bases de datos replicadas.
- Uso de *firewalls* que impidan accesos externos y no autorizados.
- Gestión de perfiles de profesionales para acceso selectivo únicamente a aquellos datos que se relacionen con sus propias funciones.
- Trazabilidad de los accesos a las historias de forma que quede constancia de qué profesionales acceden a la información contenida en la HC.
- Autorización de los usuarios para el acceso a la HC mediante tarjeta o formulario, siempre que se acceda desde fuera de su centro de salud o zona básica de salud.
- Derecho a la reserva de las anotaciones subjetivas de los profesionales, como se recoge en el artículo 18 de la LAP.