

ELIGIENDO UN SISTEMA INFORMÁTICO. ¿QUIÉN ES EL CLIENTE? EL PUNTO DE VISTA DEL PROFESIONAL MÉDICO.

F. OJEDA, E LINEROS, M. GIRVENT, S. CANO, S. CORTÉS

¹*Servicio de Ginecología y Obstetricia. Fundació Hospital Asil de Granollers. 08400-Granollers. España.*

Resumen. Reflexionar sobre los requerimientos técnicos y formales que debe reunir una aplicación informática como historia clínica electrónica, así como los criterios que deberían utilizarse para la elección del producto más adecuado, cuando esto es posible.

1. Introducción

La elección del sistema informático de gestión clínica e historia clínica electrónica de un hospital es una de las decisiones más críticas que se pueden tomar (1). Esta decisión va a marcar de una manera decisiva como va a trabajar ese centro, ya no sólo en el aspecto administrativo o de gestión sino, y esto tiene una relevancia especial, en el aspecto clínico. Vamos a intentar analizar aquellos factores que podrían ayudar al equipo directivo a tomar una decisión adecuada en este ámbito.

2. Criterios generales

Requerimientos legales: El programa elegido debe cumplir todos los requerimientos legales pertinentes y en especial los que afectan a seguridad de datos, tanto su protección legal, como su custodia efectiva (sistemas de back-up, etc)(1,2)).

En el caso de comunidades autónomas con lengua propia debe garantizar la posibilidad de utilizar ambas lenguas tanto a nivel de gestión interna como de emisión automatizada de informes, como marca el ordenamiento jurídico español.

Requerimientos específicos en gestión clínica: El programa debe ser capaz de generar los informes de producción en el formato requerido por la autoridad sanitaria, así como aquellos otros que sirven para la gestión propia del centro. Esto es que no sólo debe producir informes estandarizados utilizables por las direcciones técnicas sino también informes de producción y agregados de utilidad en la gestión clínica. En resumen debería posibilitar la creación de un cuaderno de mando estandarizado en diversos niveles de profundidad.

Debería contar con una herramienta propia o de fácil conexión que permitiera la gestión integral de los recursos humanos del centro, ya no sólo con criterio estándar sino también permitiendo la construcción de agendas de servicio que permitan la gestión de estos a bajo nivel.

Debería permitir la gestión contable del centro, desde criterios económicos y funcionales, permitiendo el cálculo no sólo de los ítems necesarios del plan contable o de la cuenta de resultados sino también el cálculo pormenorizado del coste por proceso y otros cálculos agregados.

Un sistema integral y racional del capítulo de admisión, espacio crítico en el ámbito hospitalario, que permita no sólo una gestión compartida con los profesionales de las agendas de consulta sino una gestión eficaz del sistema de hospitalización en toda su complejidad: médica, hospital de día, cirugía convencional, mayor i menor ambulatoria.

Gestión de citas automatizado que permita la citación en bloques (peticiones complementarias y cita en agenda y/o reserva de cama, etc)

Sistema integrado de gestión de pruebas o facilidad para integrar paquetes externos, afecta sobre todo al corazón del sistema hospitalario: laboratorios de análisis clínicos y microbiología, banco de sangre, diagnóstico por la imagen, anatomía patológica, farmacia, etc. Que requieren no sólo un sistema de gestión de agendas, sino de *stocks*, de recursos tipo maquina, etc. Así mismo el sistema de almacenamiento de la información y gestión de acceso que en el caso de imagen esta bastante estandarizado.

Así mismo, debería permitir una gestión eficaz en ámbitos específicos como hospital de día médico, quirúrgico y oncológico, anestesia, unidad de cuidados intensivos o sala de partos. En que la complejidad de los procesos y la dificultad en la monitorización de variables crea dificultades añadidas.

Requerimientos tecnológicos:

Una red con capacidad para gestionar el volumen de información, unos servidores de gran capacidad con sistemas de back-up y de conexión en caliente, por si cayera alguno poder seguir accediendo a la información, sistemas de seguridad de sistema eléctrico, etc, así como los requerimientos de seguridad de la información y acceso ya mencionados anteriormente.

Es un punto crítico, ya que cuando un centro opta por la informatización de la historia clínica, todo su funcionamiento depende del correcto estado de la parte tecnológica que pasa a ser el cordón umbilical y la placenta del bebé, por poner un símil obstétrico (3)

3. Requerimientos de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

¿Cómo es actualmente la historia clínica de un/a paciente?

En su historia clínica se contiene: el historial escrito médico y de enfermería del paciente (todos sus procesos, tanto en consultas, como hospitalizado), informes específicos: quirúrgico, de alta, de exploraciones complementarias, analíticas, etc. En el caso de las exploraciones radiológicas las copias correspondientes. Documentos de admisión y alta, y otros informes de interés administrativo.

El personal sanitario expone sobre su mesa de trabajo los informes o documentos que precisa y a partir de esta información y al que facilita el paciente elabora su nueva nota clínica.

Por tanto el sistema debe garantizar como mínimo que mantendrá el mismo esquema de facilidad, con las mejoras inherentes a un sistema informático, disponibilidad en cualquier lugar del centro del historial y acceso *on-line*, *just-in-time* a las exploraciones complementarias (4).

Mejoras inherentes a un sistema informatizado incluirían la posibilidad de gestionar boques de peticiones (ex: petición de imagen, analítica predefinida y cita en agenda) en razón a procesos: embarazo, quirúrgico, etc.

Disponer de varias historias abiertas en el mismo tiempo (muy útil en hospitalización).
Poder pasar fácilmente de una a otra, etc.

4. Criterios de selección

Una vez expuestas las características necesarias, seguro que hemos dejado de lado, algunas críticas, los directivos deben tomar la decisión de que sistema de los que oferta el mercado adquirir o si prefieren que su departamento de informática, si disponen de él, les elaboré un producto a medida. Esto carece de interés si la autoridad sanitaria con competencias plenas decide que en su comunidad autónoma el sistema informático será el mismo para todos sus centros; en algunos casos así ha sido, pero en otros se mantiene la capacidad de decisión de los propios centros. En cualquier caso el directivo ponderará todos los factores apuntados en los apartados anteriores y en base a los mismos tomará una decisión.

Desde el punto de vista de gestión integrada del proceso sanitario (que no debería distinguir entre los diversos agentes: primaria, especializada, ambulatorio-hospital, atención socio-sanitaria, etc) sería conveniente que fuera está la que tomará la decisión e incluso sería bueno que estas decisiones que implican la comunicación de todos los profesionales centrados en la atención del paciente, fuera una decisión del más alto nivel.

Pero descendiendo al terreno más habitual, el primer dilema consiste en decidir: producto a medida o producto de mercado.

La diferencia fundamental reside en la posibilidad de mejora del producto y el nivel de interrelación con otros sistemas que permita. La progresividad tanto técnica como funcional de un producto comercial, depende de criterios de empresa, en general de carácter más globalizadores y teóricamente, al menos, más interesados en la mejora continuada de su producto. Las soluciones a medida parecen muy sólidas y adecuadas pero el tiempo las cristaliza y su evolución y capacidad de interrelación decae progresivamente y puede tocar fondo cuando se producen importantes cambios tecnológicos o incluso en la dirección del departamento de informática.

Una vez decidido por uno comercial, ya que si es a medida se supone que se le dotará de todas las características para el mejor funcionamiento, debemos ver como esta el mercado. Existen soluciones definidas para grandes entornos y otras aplicables a centros más pequeños. No parece conveniente pasar de largo de este tema pues los entornos intermedios suelen moverse en la órbita de las necesidades de centros grandes más que de centros de pequeño tamaño, con lo que corremos el riesgo de que, en un plazo corto de tiempo, nos quedemos constreñidos por nuestro sistema y lo que es más grave debamos migrar a otro.

Así pues, si nuestro centro es de un volumen mediano o grande deberíamos optar por soluciones de entornos grandes, si por el contrario, nuestro centro es pequeño y por el motivo que sea seguirá siendo pequeño, optaríamos por un modelo de empaque más reducido.

Así situados en un entorno intermedio o grande nuestras opciones se van reduciendo a muy pocos sistemas, de hecho que cumplan los criterios anteriormente expuestos o al menos que se aproximen sólo nos quedarían dos: Selene ® de Siemens® y DOCTOR ® de HP.

Parece publicidad pero soluciones parciales, departamentales y propietarias hay muchas, pero capaces de incluir ya por propio diseño como por fácil integración de otras reducen el recuento notablemente.

Ambas, además presentan ventajas notables al haber estado testadas en centros intermedios y grandes y haber sido mejoradas en sus funcionalidades y diseño por profesionales médicos e informáticos especialmente asesorados. Disponen de plantillas predefinidas para muchos procesos y son capaces de evolucionar mejorando sistemas de peticiones integrados, etc. Todo esto es de agradecer para usuarios finales del sistema como son los profesionales tanto sanitarios como de otra índole que mantiene en funcionamiento el hospital.

Tomada la decisión, deberemos negociar el proceso de implantación de las aplicaciones, con plazos predefinidos que permitan un equilibrado proceso. Cuando todo esto sucede de nuevo puede ser un reto y una oportunidad para definir procesos asistenciales y nuevos modos de trabajo y de gestión. Cuando esto sucede en un centro con un sistema informático previo y obsoleto el reto y la oportunidad sin dejar de serlo ocasionaran graves distorsiones tanto en el ámbito directivo como en el asistencial.

5. El precio de la migración

Un contrato de implantación en estos casos debe incluir necesariamente una cláusula que obligue a la inclusión de la máxima cantidad de información previa del sistema anterior. Esto que ha quedado muy bien sobre el papel y que posiblemente se aplique con gran rigurosidad a una empresa “pequeña” es muy difícil de gestionar con empresas con un volumen de negocio como las “grandes” citadas anteriormente. Aquí sí que los directivos disponen de un gran reto y su oportunidad de demostrar sus dotes negociadoras. En esta fase el departamento de informática del centro hospitalario jugará un papel determinante definiendo todo el grupo de necesidades en sistemas que precise para la implantación y asesorando a la dirección respecto a la información que facilitó la empresa de la aplicación, plazos de integración, etc.

6. Los profesionales sanitarios

Otro de los grandes retos consiste en el paso a adelante que significa un hospital sin papeles. “Todos los profesionales suspiran por la informatización, hasta que está llega”.

En hospitales donde ya existía un cierto proceso informatizado, este normalmente afectaba a la parte administrativa del hospital, pero no a la asistencial o si era así sólo en un bajo nivel (consulta de analíticas o informes de alta, etc).

El paso a la HCE significa un reto de modernización de la plantilla profesional muy importante y más teniendo en cuenta que muchos profesionales no usan habitualmente la informática en su trabajo y en muchos casos sólo conocen sus entornos particulares en versiones reducidas; es perentorio un proceso de formación específica en esta tecnología y sobre todo en la necesidad de mantener unos niveles creíbles de confidencialidad en datos, ya no sólo clínicos, sino en contraseñas, etc.

Así mismo debe tenerse en cuenta que la HCE tiene unos requerimientos formales que obligan a un tiempo extra por actividad, que muchas veces el entusiasmo por la novedad evita definir adecuadamente.

También conviene definir claramente con la empresa de la aplicación un factor decisivo para el profesional, como es la explotación de los datos clínicos de cara a su elaboración en protocolos de estudio o su posterior comunicación y publicación. Este tema, que muchas empresas soslayan mediante la frase de “existen herramientas que pueden extraer los datos para su elaboración posterior”, queda en una frase hueca y produce en el profesional que introduce los datos clínicos la sensación de que estos como en el caso de la historia clínica convencional quedan en el limbo del archivo. A la dirección se le convence con una serie de informes predefinidos con aquella información que en el momento del contrato les parece relevante o es la habitual que deben facilitar a la autoridad sanitaria.

4. Conclusiones

Para concluir hemos facilitado una serie de datos importantes tanto en el proceso de selección de la herramienta informática como en el de su integración/implantación en el centro sanitario que pueden servir de guía para la toma de decisiones en un ámbito tan crucial y decisivo para la empresa sanitaria y que va a condicionar tanto la manera de trabajar de la institución como sus posibilidades de evolución a medio y largo plazo

Agradecimientos:

A los hospitales: Fundación Hospital Alcorcón i Hospital General de Granollers que me han permitido conocer varias nuevas implantaciones y cambios de aplicaciones asistenciales e incluso colaborar en el diseño de algunas y formar una opinión de profesional sanitario sobre las mismas.

Referencias

1. Palomino N, Directora. Reflexiones sobre la Historia Clínica Informatizada en España. PROREC-España Ed, Sevilla 1998.
2. Monográfico: Protección de Datos. Informática y Salud , 2007: 66.
3. Informes SEIS 1, 5 y 6 SEIS, Pamplona 1998-2004
4. Castilla V, Ojeda F, Checa A, González R, Puras A. La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 241-248.