



## NUESTRO TRABAJO DIA A DIA

### La informatización un elemento más para la variabilidad en la Atención Primaria

Blanquer J.J., Villagrasa F., Botija P., Montiel I.,  
Valencia P., Alonso A.

La introducción de elementos informáticos en el entorno clínico de la Atención Primaria de nuestra comunidad no es ya un hecho aislado, sino que parece deberse cada vez más a un esfuerzo de planificación e inversión sistemática desde la administración. La informatización de nuestro entorno laboral, si bien puede aportar enormes beneficios y facilitar el abordaje de nuestra atención, no está exenta de problemas, de hecho, uno de los problemas que pueden producirse es la “variabilidad en la utilización de la herramienta por parte de los profesionales”, siendo el propósito de este artículo el análisis de sus causas así como plantear las estrategias operativas que permitan su solución.

La informatización ha de aprovecharse como excusa para realizar o potenciar los cambios de modelo de organización sanitaria y sistemas de información, y elevar al máximo la productividad del mismo, siendo su meta la de contribuir a resolver los problemas sanitarios de la población con la máxima equidad y eficiencia. Por lo que ha de contemplarse integrada en un proyecto de mejora de la atención sanitaria que postule las ventajas que han de recibir todos los agentes implicados (ver tabla 1)<sup>1-3</sup>:

Los profesionales queremos que la informática solucione problemas acuciantes del día a día y relacionados con los pacientes a los que atendemos,

**Tabla 1: Ventajas de la informatización en los agentes implicados:**

- **La población:** contribuyendo a aumentar la calidad, la accesibilidad y la equidad de los servicios.
- **Los profesionales:** aumentando los conocimientos científicos y la efectividad.
- **La administración:** mostrando la eficiencia y rentabilidad social (relación de las necesidades sanitarias resueltas respecto a las existentes) de las acciones sanitarias emprendidas.

pero también con nuestra organización interna (que muchas veces es fruto de la inercia), prestando su servicio a la labor sanitaria<sup>3-4</sup>: a) facilitando la formación continuada de los profesionales; b) posibilitando cambios organizativos mediante la desburocratización de las consultas, reorganización de las agendas de los profesionales; c) apoyando la toma de decisiones clínicas en la propia consulta, y d) sirviendo de soporte de los sistemas de información.

Disponer de una historia clínica electrónica de uso generalizado permite introducir herramientas de seguimiento de los procesos relacionados con la asistencia (procesos, guías clínicas, etc.), así como analizar indicadores de resultados en la práctica habitual de los distintos profesionales. Por tanto, los objetivos generales de la informatización, han de traducir las estrategias que conduzcan hacia esta meta, y que podríamos sintetizarlos en<sup>3-5</sup>:

- ▶ Generar circuitos eficientes de atención, identificando claramente los flujos de los procesos.
- ▶ Transformar de forma eficiente los datos (de los que, en realidad, en muchas ocasiones ya se dispone) en información (de la que, en general, carecemos).
- ▶ Utilizar la inversión tecnológica como estímulo al desarrollo, entendido éste tanto de incentivo como de reto y reflexión para la organización.

Las organizaciones sanitarias de Atención Primaria, los Equipos de Atención Primaria (EAP) pertenecemos al grupo de organizaciones en los que nuestra razón de existir es la de satisfacer las necesidades de salud de la población. Existiendo numerosos condicionantes de nuestra actividad sanitaria que están dando lugar a la aparición de nuevas demandas y planteamientos en la organización de nuestros centros sanitarios<sup>6</sup>.

### FACTORES CONDICIONANTES DE LA VARIABILIDAD EN EL USO DE LA INFORMATICA

Si pretendemos mejorar los resultados de nuestra práctica clínica, a la vez que exista una mayor participación e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que utilizamos en nuestra actividad asistencial, debemos abordar el problema de la variabilidad en el uso de la herramienta informática, así como un concepto estrechamente relacionado con ella, la “apropiabilidad” también definido como



**Tabla 2: Factores implicados en la variabilidad en el uso de la informática**

<p>Factores condicionantes de la variabilidad en el uso de la informática</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La resistencia al cambio</li><li>• Respuesta de las gerencias y direcciones de departamento</li><li>• Los diferentes niveles de conocimiento</li><li>• Las deficiencias previas a la informatización</li><li>• Las reticencias propias al cambio</li><li>• Responsabilidades añadidas</li><li>• El sistemas de formación</li><li>• La falta de resolución informática</li><li>• Niveles distintos en la implicación de los profesionales</li><li>• Ausencia de un planteamiento legal adecuado</li></ul> <p>Factores facilitadores en el uso de la informática</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Su conceptualización</li><li>• Estrategia de formación</li><li>• Estrategia de transcripción de registros, paso de la historia papel a informatizada</li><li>• La Informatización como instrumento de gestión de la demanda</li></ul>
--

adecuación o pertinencia- de las decisiones que se toman ante las distintas situaciones planteadas en el clima organizacional de un equipo de salud. Sin lugar a dudas, definir desde el punto de vista de la medicina de familia y comunitaria si las condiciones de utilización de la herramienta informática son o no las “apropiadas” es tarea difícil. Pero, a partir de la experiencia de otros equipos de salud que están viviendo el proceso de la informatización, y las medidas que estos han puesto en marcha, podemos establecer estrategias para conseguir resolver estos condicionantes<sup>8-10</sup> (ver tabla 2):

### La resistencia al cambio:

Para que los profesionales y los usuarios, podamos pasar del conocimiento de los avances tecnológicos a la exigencia de su aplicación generalizada debemos superar el paso de dejarlo todo igual y vencer la resistencia normal ante cualquier nuevo cambio o modificación en nuestra actividad<sup>11</sup>.

Entre los principales factores que influyen en la resistencia se encuentran la modificación de la relación con el cliente. Durante los primeros meses nuestra capacidad de interacción con el paciente puede verse resentida por la necesidad de adaptarnos al uso de un programa con el que no nos sentimos “seguros”. Tras un período de adaptación y aprendizaje que puede oscilar entre seis meses y un año, seremos capaces de que el grado de seguridad y normalidad en el uso del programa informático sea equiparable al que teníamos antes con las “historias clínicas convencionales”, y en menos de un mes para los profesionales de los puestos de admisión con las agendas “papel”. Esta adaptación y sus resultados dependen de lo que cada uno esperemos de este cambio, sin que el nivel de satisfacción de los pacientes en consulta se vea modificado por el uso de sistemas informáticos, ni con la experiencia previa de

estos en el mundo de la informática<sup>4</sup>. En los estudios realizados hasta el momento, parece que el uso de los ordenadores en las consulta mejora la actuación clínica, aunque podría aumentar la duración de la consulta, sin que la relación médico-paciente se vea afectada<sup>12-15</sup>.

El tiempo que podemos dedicar a cada paciente es, seguramente, el talón de Aquiles de la primera resistencia a la utilización de la informática. Algunos estudios publicados al respecto indican que la informatización ha tenido como consecuencia un aumento del tiempo de consulta de unos 90 segundos por paciente, y en algunos de ellos este tiempo no se dedicó a profundizar en los problemas del paciente o a establecer una mejor comunicación con él, sino que se debió a las necesidades de manejo del programa informático<sup>4</sup>.

### Respuesta de las gerencias y direcciones de departamento:

Para que el proyecto sea exitoso, debe contar con la participación y apoyo de los líderes naturales de los centros y de un apoyo claro por parte de las gerencias de los departamentos, pues de ellos va a depender el satisfacer todas las necesidades de formación, mantenimiento, e inversiones en mejoras estructurales que permitan una buena ergonomía y que el “ordenador” parezca formar parte del mobiliario accesorio de la consulta y/o de las Unidades de Atención al Cliente<sup>4-16</sup>.

Siendo importantísimo para la motivación el papel de liderazgo de los gestores, el establecimiento de unos canales de comunicación e información adecuados entre todos los actores implicados, así como la creación de grupos de participación y formación en cascada en los que todos se vean partícipes<sup>16</sup>.

### Los diferentes niveles de conocimiento:

La habilidad y capacidad en cuanto al uso de un programa informático, aplicación en Windows y/o Web de los trabajadores del Centro de salud se distribuye con una ley “normal”, de manera que en cualquier equipo nos vamos a encontrar a una probabilidad  $\pm 2DE$  de tener compañeros con un nivel avanzado y otros con un nivel “nulo” o con dificultades en el manejo del ratón, de escritura con teclado, así como el uso de combinaciones de teclas de acción.

### Las deficiencias previas a la informatización:

Si partimos de organizaciones que no han incorporado, sistemas de mejora en la calidad de las



agendas y en la gestión de las citas; que no han sido capaces de implantar medidas de organización de la demanda; desconocen los sistemas de información sanitaria; y en los que la orientación al usuario y la utilización de la historia clínica en papel, así como uso de los conceptos SOAP, etc... es prácticamente la excepción, el proceso de informatización no hará más que ponerlo en evidencia. La informatización puede mecanizar el caos o la más excelente de las organizaciones, pero ella, por sí misma, no sirve para cambiar la realidad<sup>16</sup>.

### Las reticencias propias al cambio:

La informatización no resuelve problemas organizativos, y en todo caso, los ponen de manifiesto e impulsa otros nuevos, por lo que 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 estamos acostumbrados a otra forma de actuar o porque nuestra organización interna prefiere cerrar los ojos en la creencia que ignorar el problema es superarlo<sup>1-17</sup>. Esto se debe, sobre todo, a la necesidad de modificar y reorganizar funciones y servicios que el equipo ya consideraba consolidadas, así como por el miedo a que te sobrecarguen las agendas desde las distintas unidades (admisión, médicos, enfermería,...) y a perder el poder de la misma.

En estas reticencias al cambio, también influye el nivel de implicación de la administración en el proceso de informatización (impulso de un determinado programa informático [Abucasis II], incumplimiento de expectativas, defectos de mantenimiento, falta de información en cuanto a cambio de políticas y de programas...), así como el deseo de cambios organizativo asistenciales en Atención Primaria a través de «demostrar lo que hacemos», priorizándose la informatización de la historia clínica en la consulta frente a otras posibles aplicaciones clínicas del ordenador. Que justifican por parte de los profesionales, la «no utilización de la herramienta» sobre todo en situaciones de alta demanda asistencial, la vivencia del programa como algo impuesto y no adaptado a la atención primaria, o la insuficiente repercusión en la práctica clínica<sup>17</sup>.

### Responsabilidades añadidas:

La informatización de un centro de salud supone un esfuerzo añadido a la actividad de gestión propia de los coordinadores médico, de enfermería y

responsable de admisión. Esfuerzo que ha de ser reconocido, garantizando una dedicación exclusiva al proceso durante los primeras dos semanas de su implantación. Para evitar que la utilización de la aplicación informática se verá mermada por simple desconocimiento y falta de adaptación, es necesario que los coordinadores realicen una evaluación meditada del proceso, que en la práctica se traducirá en una reordenación y adecuación de las agendas, circuitos de citación, y procedimientos a las posibilidades reales que ofrece la informática, y que esta se transmita de forma adecuada y con la participación del resto del equipo.

### El sistemas de formación:

La estrategia de formación ha de responder a necesidades de los profesionales, y no a unas necesidades políticas o de compromisos económicos de «contratas» para un plazo definido, pues esto último, condicionaría un pobre conocimiento de la aplicación y del programa, con una utilización incompleta y una desmotivación secundaria. La falta de formación, es completa si no se establece un plan de formación en el uso de la aplicación a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios incluidos en la plantillas de los centros de salud, centros de especialidades, consultas externas hospitalarias, servicios de urgencias de atención continuada, puntos de atención sanitaria y urgencias hospitalarias, unidades de apoyo, unidades de hospitalización a domicilio, gerentes y responsables intermedios de los departamentos, así como a los profesionales en bolsa para el caso de sustituciones.

### La falta de resolución informática:

Uno de los principales problemas en la utilización de las herramientas informáticas, se plantea cuando su desarrollo no ha sido orientado a satisfacer las necesidades de uso de los usuarios a los que debe ir dirigida. Esta falta de resolución y orientación al cliente intermedio (profesionales del centro sanitario) se evidencia cuando no están resueltos en el momento de su implantación, lo que supondrían apoyos fundamentales al trabajo de los profesionales y permitirían agilizar los procesos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes<sup>5-18</sup>: a) la petición informatizada de pruebas diagnósticas, así como la recepción de resultados e informes de forma electrónica, y la consolidación de los circuitos de procesos administrativos repetidos y su gestión en áreas unidades de admisión; b) la inclusión de protocolos autodefinidos, pautas automatizadas de



actividades preventivas y promoción de la salud, así como perfiles de monitorización de las variables del paciente autodefinibles; c) la gestión de las visitas conjuntas (médico- enfermería- Trabajador social- Fisioterapeuta), incluyendo en la gestión de agendas las actividades comunes y sesiones de equipo; d) permitir el funcionamiento de la unidad de atención al cliente bajo el modelo de “ventanilla única”; e) que en el ámbito operativo, el sistema pueda presentar toda la información necesaria para el usuario en el entorno de trabajo en el que se encuentre, pues las necesidades no son las mismas en las diferentes situaciones que se producen en un centro (consultas, urgencias, domicilio, docencia, investigación, etc.) ni para todos los roles (facultativo, enfermería, higienista dental, trabajador social, matrona, etc.); f) la disponibilidad de los datos, pues para el usuario clínico su principal herramienta de trabajo la obtiene en la forma de conocimiento. En general los ordenadores aparecen para el profesional como absurdas devoradoras de información en las que, una vez introducida ésta, es complejo o imposible obtener utilidad posterior que justifique su uso.

### **Niveles distintos en la implicación de los profesionales:**

La forma y el momento en el que los profesionales del equipo se implican en la utilización de la informática y/o sus herramientas aplicativas, es el elemento condicionante principal de que los plazos previstos en cuanto a la informatización no se cumplan, con la consiguiente desigualdad y rendimiento insuficiente de los esfuerzos. En el proceso de informatización es fundamental consensuar en el equipo las fechas en las que han de garantizarse la implicación de todos los profesionales: a) fecha en la que todo se cita desde el ordenador (incluyendo citas concertadas desde las consultas); b) el momento en el que todos los contactos de atención continuada se realizan con la aplicación informática; c) la fecha en la que se deja de sacar historias papel y todo se registra electrónicamente hasta el volante “P-10”; d) el periodo a partir del cual el 100% de los facultativos utilizan los circuitos administrativos repetidos y estos están ubicados en áreas administrativas dentro de los procesos clave de la unidad de atención al cliente. Cuando esto no se consensua y se produce un desfase superior a seis meses en estas fechas, entre los que lo utilizan y los que no, se crea un problema de equidad de forma que los primeros no ven rentabilizado su esfuerzo y los profesionales de admisión no mejoran en su actividad al tener que seguir trabajando en papel y con el ordenador.

### **Ausencia de un planteamiento legal adecuado:**

Mientras que con los profesionales sanitarios no se plantea este hecho, si ocurre en otros estamentos, en los que se debería realizar un planteamiento legal que evitase la discusión en el ámbito de los equipos de si tienen o no la obligación de conocerla y utilizarla dado su categoría profesional.

El desconocimiento de las implicaciones legales que la incorporación informática establece, condiciona una utilización inadecuada de la historia informatizada, cuando el profesional solo realiza “la captura de actividad” y no registra el contacto en la historia clínica. Así como el desconocimiento del deber ético de custodia de la información relacionada con la salud (información sensible), cuando no existe una política de seguridad bien consolidada por los equipos, con claves de acceso compartidas, ordenadores encendidos con tarjetas de firma digital no bien custodiadas, etc...

La confidencialidad se refiere a los límites que rodean estas informaciones sensibles compartidas (ya sean secretas, privadas, íntimas o públicas) y a cómo guardar y preservar estos límites<sup>20</sup>. No podemos perder de vista en qué consisten hoy en día los marcos ético, legal y deontológico, dónde se interrelacionan entre sí y dónde se diferencian con las maneras de fundamentar el tradicional secreto médico, ni olvidar la creciente y sólida regulación de la protección de datos personales e informatizados, que afecta a la información clínica recogida en el contexto de la asistencia, considerada como especialmente protegida<sup>20</sup>.

### **FACTORES FACILITADORES EN EL USO DE LA INFORMÁTICA**

La informatización de la historia clínica y del proceso asistencial y organizacional de la Atención Primaria, ha demostrado la potencia y el bajo coste de enfoques en los que se integran la gestión clínica, la gestión de la organización y la gestión de la información con el respeto exquisito a la confidencialidad y secreto de la información sanitaria<sup>21</sup>.

### **Su conceptualización:**

La informática aplicada al campo de la Atención Primaria precisa de una reflexión basada en un análisis conceptual previo de nuestro campo de trabajo, posibilitando que la herramienta informática que hoy vemos como solución no se convierta en un obstáculo para abordar reformas, sino en una excusa para incorporar modificaciones estructurales y de proceso



que puedan aportar calidad a nuestro producto. Si esta reflexión no se produce tal vez consigamos un programa útil al médico, a la enfermera, al administrativo o a la organización sanitaria a la que pertenezcamos, pero difícilmente para todos ellos o para quien realmente tiene que ser útil la informatización, "a nuestros pacientes", aspecto que suele olvidarse con frecuencia<sup>22</sup>. Esta ha de basarse en los siguientes conceptos:

- ▶ La orientación de la historia clínica electrónica por episodios como la base de la información.
- ▶ La utilización de las clasificaciones diagnósticas 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. Garantizando un amplio vocabulario de términos sinónimos que faciliten la operativa clínica<sup>1</sup>. Evitando que los profesionales sanitarios se conviertan en documentalistas interpretando miles de códigos, o aceptando que en un tercio de los contactos se incluyan diagnósticos mal codificados por desconocimiento o utilización de una clasificación no adecuada a la atención primaria.
- ▶ Los actos en los que se basa la estructuración de las agendas de los profesionales, necesarios para una correcta instrumentalización de la gestión de la demanda.

#### **Estrategia de formación:**

Es importante resaltar el enorme valor que tiene la docencia en la adaptación de los profesionales a la nueva herramienta, precisando incluir entre sus elementos de formación las siguientes áreas<sup>4-16</sup>:

1. Los conceptos. En primer lugar los profesionales deben recibir formación suficiente en lo referente a los conceptos que definen el programa informático, indicados en el apartado anterior.
2. El programa informático. Una vez que los conceptos están claros los profesionales deben recibir docencia en el propio manejo del programa informático. Durante este período se les mostrarán las técnicas de registro de los procesos y la búsqueda de la información registrada.
3. Las habilidades de entrevista clínica. En una tercera fase, los profesionales pueden ser asesorados acerca de las habilidades necesarias para que el uso de los ordenadores provoque el menor impacto posible en la relación médico-paciente.

En la política de formación del departamento se

ha de transmitir a los gerentes y directivos de atención primaria la necesidad de realizar la selección del personal formador para cada uno de los colectivos, siendo recomendable que el formador docente sea del mismo estamento de los discentes (médico para formar médicos, administrativo para administrativos...). Así como el establecimiento de un «núcleo duro» de profesionales que agregarán las sugerencias, en ocasiones contradictorias, de los profesionales de los distintos centros sanitarios y puestos de atención. Estructurando los cursos de formación para todos los niveles, creándolos de entrada y previamente al uso de la herramienta<sup>16</sup>.

#### **Estrategia de transcripción de registros, paso de la historia papel a informatizada:**

Si bien el proceso de sustitución parece conllevar un trabajo sobreañadido de trasvase de datos y de posible enlentecimiento en la consulta, al menos al comienzo, resultando especialmente costoso en condiciones de mucha demanda y en particular en aquellos que tienen menor experiencia<sup>17</sup>. Todo el proceso productivo debería ponerse al servicio de superar esta limitación, es decir en cada momento todo el centro debe comprometerse con el problema. En la mayoría de los centros la principal limitación es la consulta médica, y para su solución es imprescindible junto con una adecuada gestión de agendas y organización del centro, la llamada desburocratización, que nos permitirá sacar tiempo para esta transcripción de registros<sup>23</sup>.

En el vaciado de la historia clínica, cada profesional se responsabiliza de sus pacientes, al ritmo que él mismo se imponga. Entre los condicionantes del ritmo de vaciado tenemos los siguientes: a) presión asistencial; b) información previa existente; c) existencia de residentes; d) voluntad del profesional; e) constatación paulatina de la mejora<sup>9-24</sup>.

Un vaciado completo de la historia antigua de un paciente crónico, multipatológico y polimedcado, puede consumir, entre abstraer el resumen y transcribir los datos de 15-20 minutos. Hay otro tipo de pacientes con patologías de interés que precisan para su informatización entre 5 a 10 minutos. Si suponemos, un cupo máximo de unos 1500 enfermos con un 20% de población crónica (300 pacientes) y 2 pacientes transcritos diariamente (entre 30-40 minutos), se consumirán aproximadamente 8 meses en esta transcripción, al final de la cual, un médico podría estimar que una de cada 2,5 consultas la historia del paciente estaría transcrita<sup>24</sup>. Si además se introducen pacientes, sobre todo jóvenes con pocos antecedentes,



que acuden por problemas banales, llegaríamos en este tiempo a disponer de la historia informatizada en algo más del 50% de los contactos. La moda entre los centros informatizados con otras aplicaciones es alrededor de 16 meses para eliminar por completo el papel, siendo el máximo periodo en 24 meses<sup>24</sup>.

La prudencia aconseja vaciar los antecedentes familiares relevantes, los antecedentes personales que puedan condicionar la atención, como alergias e intolerancias, intervenciones quirúrgicas y procedimientos previos, medicaciones de interés pautadas con anterioridad y episodios crónicos; deberían volcarse también los episodios activos y la medicación activa (crónica y aguda) y aquellos datos objetivos (analíticos, antropométricos, etc.) que puedan influir en la futura asistencia (cribado). Es recomendable vaciar interconsultas de interés y referenciar informes y otra documentación<sup>24</sup>. Para ayudarnos en esta fase, sería recomendable que seleccionemos los diagnósticos y procedimientos más comunes en nuestra actividad, con el fin de codificar estos episodios activos e inactivos cuando traspasemos la historia de una forma más ágil, así como el seleccionar los fármacos “favoritos” que nos facilitara el traspaso de las prescripciones repetidas.

Para dar el paso al “no sacar historias”, podemos sugerir tres modelos o experiencias que sin ser excluyentes entre sí pueden utilizarse de forma unívoca o secuencial, basadas todas ellas en la constatación de que la decisión a tomar en consulta médica requiere (o depende) en un 10% de la consulta de datos de la historia<sup>23</sup>. En todo caso lo imprescindible es el definir una fecha de “no sacar historias”, y la constatación del avance en el objetivo, cualquiera que sea la combinación de métodos usada<sup>23</sup>. Por tanto, consideramos que mientras dure la etapa de duplicidad de registros en formato papel o informatizados, deberíamos tener en cuenta los problemas de concordancia entre ellos a la hora de analizar los datos en las evaluaciones de los servicios de salud, para que los resultados sean fiables y no se vean comprometidos en su validez<sup>25</sup>.

#### **La informatización como instrumento de gestión de la demanda:**

La informatización puede facilitar el desarrollo e implantación de algunos circuitos organizativos o de modelos de agenda más fáciles y potentes, pero no viene a resolver los problemas de centros mal organizados. El primer punto a informatizar son los circuitos burocráticos (sobre todo la prescripción crónica), el valor añadido que implica su

informatización es muy grande y con un coste muy bajo. Probablemente la citación sea el segundo elemento de mayor peso en cuanto a la informatización. Cuando ya disponemos de consulta informatizada podremos optimizar la citación de todas las visitas previsible antes de que se marchen de la consulta, citando desde el contacto las visitas concertadas. Es preferible hacerlo dentro de la consulta evitando que el paciente efectúe una nueva cola en el mostrador, y descongestionando así este “cuello de botella” habitual<sup>10</sup>.

La utilización de bases de datos provenientes de agendas e historias de salud informatizadas permite un análisis más completo de la frecuentación<sup>26</sup>. Es necesario distinguir si una alta frecuentación se debe a una mayor proporción de usuarios que acuden a las consultas o a una mayor tasa de frecuentación de los pacientes habituales. La informatización permite conocer cómo se comporta la población a nivel individual y, por tanto, extraer conclusiones que ayuden a caracterizar grupos de pacientes en lo referente a su comportamiento en la utilización de los servicios sanitarios<sup>26</sup>.

#### **CONCLUSIONES**

Las nuevas tecnologías pueden llegar a afectar a nuestra práctica. Estos cambios que se van a producir no dependen exclusivamente de la tecnología, que ya está disponible, sino sobre todo, de la capacidad de los profesionales de mantener una posición activa a la búsqueda de nuevas fronteras, en defensa de sus intereses y los de sus pacientes<sup>27</sup>. La informática puede aportarnos ventajas importantes para nuestra práctica asistencial, pero para que estas ventajas no queden oscurecidas por la propia herramienta, el modelo de información integrado, deberá estar basado en una información clínica global y fácilmente accesible que favorezca la atención compartida entre todos los actores sanitarios. El futuro de la informatización en Atención Primaria es compartir la información que necesitamos para adoptar nuestras decisiones como primer nivel asistencial y compartir la información que otros profesionales de la salud necesitan para tomar decisiones; comunicarse requiere compartir el contenido de la información<sup>6</sup>.

La mejora del entorno profesional y personal que podemos conseguir, con ser loable, no es el fin último de esta revolución tecnológica, sino que debe traducirse en la consecución de resultados óptimos globales en salud para los pacientes. Los pilares básicos en los que debe apoyarse la introducción informática en nuestra práctica son: el aseguramiento estructural y formativo, la reflexión del proceso previa a la



introducción de nuevas fases, para llevar hasta máximas consecuencias las posibilidades reales de la informatización, el establecimiento de circuitos interprofesionales estables que garanticen la minimización de problemas del día a día, la incorporación por etapas condicionada por el planteamiento interno que el propio centro realice y el respeto de las características individuales de los estamentos implicados, de forma que el ritmo se adapte a la circunstancia concreta de cada práctica<sup>24</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Alonso López FA. El desafío de la informatización en atención primaria. *Atención Primaria*. 2000; 26(7): 437-8.
2. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. Informatización en Atención Primaria I. Documentos semFYC. *Aten Primaria* 2000; 26(8): 488-507.
3. Alonso López FA. Gancedo González Z. Informatización integral de la atención primaria. *Formación Médica Continuada*. 1999; 6(5): 282-93.
4. Aldanondo Gabilondo JA. Oyarzabal Camio JI. Arboniés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta?. *Formación Médica Continuada*. 1999; 6(9): 571-5.
5. Carretero L. Sistemas de información en el ámbito sanitario. ¿Retos o realidades?. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(3): 136-7.
6. Daniel i Díez J. El futuro de la informatización en atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 2000; 6(4): 161-6.
7. Pérez JJ. García J. Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(5): 305-11.
8. Guijarro et. al. Sistemas de información en AP: hacia la incorporación de la informática en la práctica cotidiana *Centro de Salud* 1995; 3 (9): 657-60.
9. Blanquer Gregori JJ. Rivera J. Blanes D. Tortajada JL. La informatización, un elemento más en la formación del médico de familia *Revista Valenciana Medicina Familiar* 1999; 5: 34-44.
10. Alonso López FA. Cristos CJ. Burgos A. et. Al. La informatización de Atención Primaria. Documentos semFYC (nº 13). Disponible en <http://www.semfyce.es/es/actividades/documentos.semfyce/ocumo13hpml>
11. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué?. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(6): 222-6.
12. Sullivan F. Mitchell E. Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. *General Practice* 1995; 311: 848-52.
13. Legler JD. Oates R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. *J Fam Pract* 1993; 37: 241-44.
14. Garrido T. Jamieson L. Zhou Y. Wiesenenthal A. Liang L. Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional Study. *BMJ*. 2005; 330: 581-4.
15. Wears RL. Berg M. Computer Technology and Clinical work. *JAMA*. 2005; 293: 1261-3.
16. Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la Atención Primaria. En: Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. *Informatización en Atención Primaria II*. Documentos semFYC. *Aten Primaria* 2000; 26(8): 559-76.
17. Calderón C. Rotaeché R. Carrera C. Larrañaga M. Merino J. Aproximación cualitativa a las actitudes y expectativas de los médicos en el proceso de informatización de la atención primaria. *Atención Primaria*. 2001; 27(6): 380-7.
18. Turabián Fernández JL. Pérez Franco B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor?. *Cuadernos de Gestión*. 2004; 10(4): 175-88.
19. Reigosa L. Castilla V. Blanco A. Desde la informática clínica hasta el soporte del proceso asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(3): 183-90.
20. Júdez J. Nicolás P. Delgado MT. Hernando P. Zarco J. Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(1): 18-37.
21. Ruiz Téllez A. Alonso López F. Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP. *MEDIFARM*. 2001; 11(5): 247-52.
22. Alonso López FA. Ruiz Téllez A. Guijarro Eguskizaga A. De la informática como obstáculo a la informática como excusa: mirando hacia el futuro. *Atención Primaria*. 1995; 11(10): 579-82.
23. Oyarzabal JI. Organización del área administrativa. EN: *Curso a distancia Gestión del día a día en el EAP; módulo 1: la organización funcional del EAP*. Barcelona 2002; semFYC: 33-46.
24. Alonso López FA. Transición de registros manuales a mecánicos: experiencia en informatización del País Vasco. *Cuadernos de Gestión*. 1998; 4(2): 86-93.
25. M. Quesada Sabaté M. Prat Gil N. Cardús Gómez V. Caula Ros J. Masllorens Vilà G. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización?. *Atención Primaria*. 2001; 27(9): 649-53.
26. Díaz Berenguer JA., López-Cabañas A. Estupiñán Ramírez M. Cabeza Mora A. La informatización de la atención primaria. Un nuevo sistema de información de la actividad asistencial para el apoyo a la gestión de la demanda. *Cuadernos de Gestión*. 2003; 9(3): 135-45.
27. Alonso López FA. Nuevas tecnologías: búsqueda activa de nuevas fronteras desde la defensa de los intereses de nuestros pacientes. *SEMERGEN* 2002; 28(11): 639-40.