

CONSECUENCIAS INDESEADAS DE LAS HISTORIAS ELECTRÓNICAS *

En retrospectiva, los profesionales de la salud tenemos derecho a estar desilusionados. Nuestra experiencia con la tecnología en la vida de todos los días nos ha enseñado que lo único que tenemos que hacer es encender nuestros celulares, bajar una aplicación y ¡listo! Ya estamos preparados para comprar un libro, hacer una reserva en un restaurant, bajar nuestra música preferida o saber cómo llegamos fácilmente a una dirección sin tener que recurrir a las antiguas guías Filcar. Por lo tanto, desde un principio nos resultó natural pensar que la informatización del sistema de salud sería así de sencilla. Y no son pocos los que piensan que efectivamente lo habría sido si Apple se hubiera encargado del tema...

Pero el camino a la digitalización del sector salud ha resultado ser un campo minado. La medicina, tal vez la más humana de las profesiones, está siendo deshumanizada por el ingreso de la computadora en el consultorio. Si bien la informatización está ayudando a prevenir muchos errores médicos, también es fuente de nuevas equivocaciones, algunas de ellas enormes. La montaña de datos que arrojan los sensores y monitores traen a menudo mayor confusión que claridad. Los pacientes, que también han sido incorporados al círculo digital, acceden muchas veces a sus resultados de laboratorio, de patología e incluso a opiniones antes que los médicos tratantes, sin estar debidamente preparados para manejar semejante empoderamiento.

Probablemente llegará el día en que la computarización de la medicina de nuestro siglo sea vista como la "innovación disruptiva" que necesitaba el sistema; pero por el momento sólo parece ser simplemente disruptiva: de la relación médico-paciente, de las interacciones entre los profesionales, del flujo de trabajo y de la forma en que medimos y tratamos de que las cosas mejoren.

Todo este preámbulo no debe interpretarse como una apología de la historia clínica de papel. A esta altura del siglo XXI, nadie discute la enorme potencialidad de la informática para mejorar la gestión administrativa y clínica de los pacientes.

Es más bien un llamado a la reflexión sobre las consecuencias no anticipadas de la informatización en un sector que está experimentando cambios a gran velocidad sin saber exactamente hacia dónde conducen.

Y el sector salud necesita efectivamente ser "sacudido". Pese al enorme esfuerzo de médicos, de enfermeros y del resto de profesionales que lo componen, nuestro sistema sólo brinda atención basada en la evidencia en la mitad de los casos, causa por día un número de muertos equivalente al de la caída de un avión Jumbo y está literalmente quebrado en la mayoría de los países. Es comprensible que tanto los pacientes, como quienes diseñan las políticas de salud quieran acabar con el "status quo". Tienen el derecho y la obligación de hacerlo.

Por décadas, los hospitales y consultorios permanecieron "inmunes" al fenómeno de la informatización. Hasta hace muy poco, el colegio secundario de muchas comunidades estaba más conectado que el hospital local. Pero en los últimos años, al menos en los Estados Unidos, decenas de billones de dólares en incentivos del Gobierno Federal han determinado que la adopción de historias electrónicas por parte de los hospitales y consultorios médicos haya pasado del 10% a cerca del 70%. Desconozco datos de la Argentina y de nuestra región, pero también he sido testigo de inversiones millonarias en informatización por parte de instituciones de nuestros sistemas público, privado y de obras sociales. Cuando se trata de tecnología, el sector salud se asemeja a un auto empantanado cuyas ruedas dejan súbitamente de girar en falso y ganan impulso, sin que estemos del todo preparados para absorber semejante inercia hacia adelante.

Claramente, la computadora y la medicina son hoy compañeros incómodos. Sin menospreciar los milagros de Amazon.com, Google Maps o de la cabina de un Airbus, la informatización de los sistemas de salud parece ser un problema de una magnitud totalmente diferente. La simple narrativa de nuestra época – la que

* Textos seleccionados del libro: "The digital doctor: hope, hype, and harm at the dawn of medicine's computer age". Robert Watcher MD (Mac Graw Hill Ed,2015). Traducción libre y adaptación a nuestro medio: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de seguros.

afirma que las computadoras mejoran el desempeño de cada industria que tocan-, ha resultado ser en medicina un verdadero "pensamiento mágico". En lo que nos toca, los profesionales de la salud estamos aprendiendo (no sin esfuerzo), que las computadoras hacen algunas cosas mejor, otras peor y de que cambian absolutamente todo.

Ronald Heifetz, psiquiatra de Harvard y gurú de liderazgo ha descrito dos tipos de problemas: los técnicos y los adaptativos. Los problemas técnicos pueden ser resueltos con nuevas herramientas, nuevas prácticas y con liderazgo convencional. Hacer una torta es un problema técnico. Siga al pie de la letra la receta y es muy probable que obtenga un buen resultado. Heifetz contrasta estos problemas técnicos con los que son adaptativos: problemas que requieren que sean las personas las que cambien. En los problemas adaptativos, explica, las personas son tanto parte del problema como de la solución. El liderazgo en estos casos consistiría en movilizar y comprometer a la gente en torno a un problema, en vez de tratar de "anestesiarnos" de manera tal que usted pueda proceder a solucionarlo por las suyas.

La informatización de la salud ha demostrado ser "la madre de todos los problemas adaptativos". Sin embargo, muchas veces continuamos abordándola como si fuera un problema meramente técnico: compre un buen sistema, quítele su envoltorio, recurra a la sabiduría convencional, accione el interruptor y comience a disfrutar del paraíso que le ofrecieron los vendedores... Tan ajenos hemos sido a la necesidad de un cambio adaptativo que cuando nos enfrentamos a implementaciones fallidas, a deformaciones en la forma de trabajo y a errores originados por una mala interfase, solemos diagnosticar mal el problema; muchas veces terminamos incluso culpando a las víctimas, médicos y pacientes. Y, cuando comenzamos errando el diagnóstico, cualquier prescripción resultará también equivocada.

El paciente virtual

Arnold Relman, quien murió en 2014 a la edad de 91 años, fue editor del *New England Journal of Medicine* durante 14 años. Había asumido esa responsabilidad luego de una exitosa carrera como médico académico y administrador. Bajo su tutela, se publicaron el NEJM trabajos pioneros que mejorarían la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo. Según sus propias palabras, recogidas en un video que conmemoraba los 200 años de la publicación en 2012.:

"Cuando me nombraron editor, fue como si ascendiera en globo sobre un campo de batalla y pudiera por

primera vez ver todas las fuerzas que se ponían en juego, tanto en la profesión como fuera de ella y ver la escena como un todo". Sin duda Relman sacó provecho de esa posición privilegiada. "Tomé entonces conciencia del cambio que estaba experimentando el sistema de salud, desde un servicio social hacia una industria. Los inversores ingresaban en este campo, los hospitales se transformaban en unidades de negocio, se comercializaban todo tipo de productos y servicios médicos y la necesidad de obtener ganancias... estaba comenzando a influir sobre la práctica de la medicina."

Relman fue uno de los primeros en abordar el tema del "complejo médico-industrial" y otros asuntos espinosos tales como el conflicto de intereses, las decisiones en el final de la vida y la necesidad de contener los costos crecientes. Muchos de los temas instalados por él a nivel nacional en los Estados Unidos permanecen vigentes. Cualquier médico hubiera estado encantado de tener internado durante varios meses a este enorme personaje de la medicina del siglo XX y de poder hablar con él acerca no sólo de su enfermedad sino también de su visión del sistema de salud actual.

Sin embargo, no fue eso lo que ocurrió cuando Relman fue hospitalizado en 2013, luego de rodar por las escaleras de su casa y quebrarse su columna cervical. Luego de meses de tratamiento en el Massachusetts General Hospital y en el Hospital Spaulding de Rehabilitación (afiliado a Harvard), Relman se quejó amargamente por haber perdido en manos de la historia electrónica su batalla por la atención de los médicos y enfermeras. En un ensayo publicado en *The New York Review of Books* en 2014, escribió que en el centro de rehabilitación era seguido por varios médicos, *"...pero ninguno de ellos parecía estar de hecho a cargo de mi atención, ni pasaba mucho más tiempo a mi lado del que le requería un rápido examen físico de rutina"*. *"Sin embargo, los médicos sí dejaban extensas notas en la historia electrónica, llenas de textos estandarizados repetitivos y datos de laboratorio, pero sin una descripción coherente de mis progresos, de mis molestias o estado de ánimo."* Según Relman, *"Al leer la historia clínica... uno se encontraba con descripciones brevísimas sobre cómo me veía o sentía, pero con copiosos reportes obtenidos del laboratorio o de los dispositivos de monitoreo."* *"Las conversaciones que tenía con los médicos raramente se incluían en las observaciones diarias"*.

Probablemente, cualquier persona que haya estado internado y lea estas líneas recuerde experiencias similares. Por otra parte, la introducción de la computadora en el consultorio también altera profundamente la relación médico-paciente. Obligados a completar los campos de la historia electrónica en los pocos minutos que disponen, los médicos dejan de mirar

al paciente para concentrarse en la pantalla. La investigación y el sentido común nos dicen que cuanto más tiempo dedica el médico a interactuar con la pantalla de su computadora, menos tiempo tendrá para mirar, escuchar o tocar a su paciente. La observación parece indicar que existiría una gran variabilidad en el uso de la informática en el consultorio. Algunos médicos dedican más del 80% de la consulta a interactuar con el paciente, mientras que otros se pasan el 80% de la visita mirando a la pantalla. Y, como afirman varios autores, a mayor tiempo dedicado a la pantalla, menor satisfacción de los pacientes con su experiencia en el consultorio.

Durante la última década, Abraham Verghese, un infectólogo, antropólogo y escritor de la Universidad de Stanford ha manifestado en distintos foros su preocupación al observar que la tecnología está socavando el lazo sagrado que debe existir entre un médico y su paciente:

"Bromeo, pero siempre a medias, diciendo que si usted concurre a mi hospital sin una pierna, nadie le creará hasta no tener los resultados de una tomografía, una resonancia y una interconsulta con traumatología".

En una imperdible conferencia TED brindada en 2011 (https://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch?language=es), Verghese sostiene que cuando dejamos de escuchar y examinar al paciente comienzan a ocurrir cosas peligrosas, como por ejemplo pasar por alto diagnósticos simples que sólo pueden ser tratados adecuadamente si se descubren de manera temprana. Pero, según su visión, estamos perdiendo mucho más que eso:

"Estamos perdiendo un ritual que creo que es trascendente, transformador, y que es el corazón de la relación médico-paciente. El ritual de una persona que se acerca a otra y que le dice cosas que no les diría ni a su sacerdote o rabino; que se desnuda y que permite que lo desvistan y lo toquen".

Según el autor, este ritual es tan necesario para el médico como para el paciente y ayuda a transmitir un mensaje: "Voy a estar siempre a tu lado, voy a ayudarte a pasar por esto."

En un influyente artículo publicado en 2008, Verghese describió lo que denominó "The iPatient" (el paciente virtual):

"A menudo, el personal de la guardia ya ha completado los estudios y hecho un diagnóstico presuntivo del paciente que se va a internar en piso, de manera tal que los residentes o el interno se encuentran primero con este paciente virtual antes de ver al paciente real. Mientras el paciente real apenas calienta su cama, un montón de cosas pasan en su historia electrónica. Los recuentos celulares, los signos vitales, las guías de

práctica, las alertas, e infinidad de datos se despliegan en distintas pantallas como si se estuviera siguiendo el Dow Jones de Wall Street.. "En los EE.UU, el paciente virtual está recibiendo una atención estupenda, mientras que el paciente real se pregunta: ¿Dónde están todos? ¿Cuándo van a venir a explicarme las cosas? ¿Quién está a cargo?"

Sería extremadamente simplista culpar a los médicos por esta situación. Ellos también son víctimas, ya que tanto el trabajo que se les asigna como el que deben delegar ocurre a través de la historia electrónica. Si quieren mover la rueda no les queda otra que sentarse y completar los campos requeridos. ¿De qué otra forma se van a enterar de lo que está ocurriendo con sus pacientes? Lo que Verghese advirtió fue que, en el lapso de pocos años y sin mayor planificación o discusión, se alteró profundamente la práctica de la medicina. Hasta hace muy poco, el trabajo dependía del intercambio de información a través de interacciones personales y físicas con los colegas y pacientes. Hoy, ese intercambio se da principalmente a través de la historia electrónica. Un estudio de investigadores del Johns Hopkins publicado en 2013 encontró que los médicos internos pasan sólo el 12% de su tiempo hablando con sus pacientes y el 40% en sus computadoras. Lo que se ganó en acceso a la información se perdió en relaciones humanas interpersonales. ¿Es lo mejor para el paciente?

Malestar de los médicos

En 2014, el Arizona General Hospital inició una campaña para atraer nuevos médicos. El anuncio publicado en los medios promocionaba la excelencia de su guardia de emergencias, su avanzado equipamiento de diagnóstico por imágenes y sus nuevos quirófanos, recientemente remozados para atender casos de alta complejidad. Todas cosas que un médico espera en definitiva encontrar en un hospital moderno. Pero sólo una parte del aviso se encontraba destacada en negrita y con un recuadro: "NO UTILIZAMOS HISTORIAS ELECTRÓNICAS".

¿Cómo puede ser que, a esta altura del partido, un hospital promocioe la ausencia de digitalización como un plus para captar médicos? En 2013, Steve Stack, presidente del directorio de la American Medical Association, ferviente defensor de la tecnología en salud, explicó las razones: "Las historias electrónicas han sido, y en general continúan siendo, inadecuadas, confusas y complejas. Mientras que un niño de 18 meses puede operar un iPhone, médicos con más de diez años de educación de postgrado tienen severas dificultades para lidiar con las historias electrónicas en sus lugares de trabajo."

Ese mismo año, investigadores de Rand Corporation reportaron los resultados de un minucioso análisis de 30

prácticas médicas, con el objetivo de evaluar los efectos de la reforma del sistema de salud norteamericano sobre la satisfacción profesional de los médicos. Los investigadores no pretendían examinar la reacción de los médicos a las historias electrónicas. De hecho, su plan de encuesta original no contenía ni una sola pregunta referida a los sistemas informáticos.

Antes de distribuir las encuestas, los investigadores se sentaron con grupos de médicos (focus groups) para asegurarse que no se les estuviera escapando ningún detalle. "En la guía de estas entrevistas teníamos una pregunta que decía *"Cuéntenos sobre la historia electrónica de su lugar de trabajo"*, recuerda Mark Friedberg, líder del estudio para RAND. *"Cuando formulábamos esta pregunta, los médicos se despachaban con comentarios sobre el tema durante 10 o 15 minutos. Se trataba de una de esas sorpresas que aparecen muy obvias en retrospectiva, pero que en el momento no aparecía con tanta claridad"*. El equipo de RAND tuvo entonces que moverse rápidamente para reconfigurar la encuesta inicial, y los resultados confirmaron lo que habían estado escuchando: en vez de deleitar a los usuarios (algo común con cada nuevo producto de Apple o de Google), las historias electrónicas eran una destacada fuente de insatisfacción para los médicos.

Lejos estaban estos médicos de añorar los días de papel y lapiceras, *"Todos reconocían los problemas de legibilidad y seguridad inherentes a las historias manuscritas; la locura de ir de acá para allá con las historias, el peligro de tener que atender a un paciente que no conocían sin disponer de su historia clínica, etc."* Por todo esto, dice Friedberg, los médicos aprobaban conceptualmente la informatización y reconocían el enorme potencial que tenía. *"Nuestro estudio no sugería que los médicos fueran tecnófobos o dinosaurios. Sin embargo, la pobre "usabilidad" (nota: neologismo acuñado por los expertos en informática), el tiempo requerido para ingresar datos, la interferencia con el contacto cara a cara, las características poco gratificantes del trabajo, la paradójica incapacidad para intercambiar información de salud y la degradación general de la documentación médica eran una fuente inagotable de malestar en el trabajo."*

Friedberg se sorprendió no sólo por el grado de angustia, sino también por cómo explicaban los profesionales el fenómeno. Cuando los médicos tienen problemas con la tecnología, afirma el investigador, existe generalmente un trasfondo de vergüenza y auto-incriminación. Muchos de sus lamentos por las historias electrónicas comienzan diciendo cosas como estas: *"Debo ser yo el problema; no me adapto; tipeo mal"* o *"Supongo que los médicos más jóvenes no tienen este problema, pero yo sí"*. Esto no debería sorprendernos, afirma Friedberg. *"Se*

trata de personas con altos niveles de capacitación y muy competitivas a las que no le agrada estar por debajo de la curva de la mayoría. Lo curioso es que escuché estos comentarios por parte de todos los entrevistados, lo que me hace pensar que les da vergüenza hablar de esto con los colegas."

Los resultados de la encuesta no fueron del todo malos para los defensores de las historias electrónicas: el 61% de los médicos sentían que las mismas mejoraban la calidad de la atención que brindaban a sus pacientes. Pero solo uno de cada tres sintió que había mejorado su satisfacción con el trabajo, y uno de cada cinco manifestó que, si dependiera de él, volvería al papel. Resultó también revelador el hecho de que cuanto más avanzadas eran las historias electrónicas (ej: aquellas que ofrecen recordatorios, alertas y capacidad de mensajes), mayor era la insatisfacción.

La mayoría de los médicos apuntaron al ingreso de datos como el mayor dolor de cabeza. Otra encuesta distinta (año 2013) reveló que, desde que se digitalizó una institución, el 85% de sus médicos de consultorios externos pasaban la mayor parte de su tiempo documentando; dos tercios de los encuestados veían menor cantidad de pacientes. Otros estudios observaron que los médicos del departamento de emergencias pasan el 44% de su tiempo ingresando datos en la historia electrónica, clickeando hasta 4.000 veces durante una guardia de 10 hs. El equipo de investigación de RAND describió algunas de las soluciones ensayadas por los médicos para paliar el problema, incluyendo softwares que traducen a texto lo que se dicta verbalmente. Los resultados fueron muy variados. *"Tenemos Dragon ®, (un software de dictado)"* sostuvo un médico de atención primaria. *"pero tenías que tener mucho cuidado,,,, recuerdo haber dictado "El paciente manifiesta molestias por su próstata" que el sistema tradujo como "El paciente manifiesta problemas por su prostituta..."*

Friedberg continuó preguntándose por qué las historias electrónicas generaban tanta resistencia por parte de los médicos. Sin duda, los sistemas informáticos resultan un poco enloquecedores, pero parecía haber algo más en juego. Reflexionando, postuló que los médicos de nuestros días se sienten atacados en todos los frentes: recortes de honorarios, nuevas regulaciones que burocratizan el trabajo, juicios por mala praxis, etc. En el pasado, los médicos encontraban en su consultorio o en el quirófano la manera de desenchufarse de todos los problemas. Hoy no pueden. La historia electrónica está siempre allí, invadiendo lo que antes era un espacio sagrado.

Una de las soluciones más atractivas para el problema del médico como "data entry" ha sido el surgimiento de

"escribas"; se trata generalmente de estudiantes de medicina o paramédicos que son contratados por los médicos o los hospitales para asistir con la documentación electrónica en tiempo real. Algunos estudios han reportado que el uso de escribas, principalmente en el ámbito de la atención primaria y de emergencias, aumenta la satisfacción, tanto de médicos como de pacientes y que, en muchos casos, sus costos son recuperados por el aumento de productividad.

Christine Sinsky es una médica de atención primaria de Dubuque (Iowa) que se ha dedicado a estudiar la "alegría en el trabajo" de los médicos generalistas. De las 23 prácticas médicas que observó, la ayuda de escribas era una de las innovaciones que consistentemente llevaban a una mayor satisfacción de los profesionales y a un mejor funcionamiento del consultorio. Un artículo publicado en 2014 en el *New York Times* puso a los escribas en el centro de la escena. Su autora, Katie Hafner describió la paradoja: *"En cualquier otra industria, la incorporación de computadoras se asocia con pérdidas de puestos de trabajo. Sólo en el sector salud parece ser necesario contratar más personas para hacer un uso más efectivo de las mismas..."*

Los escribas pueden ayudar con las evoluciones, pero todavía no hay ningún alivio a la vista para los médicos que terminan aplastados por el peso de la enorme cantidad de información electrónica que hoy en día reciben acerca de sus pacientes. Aquí puede trazarse un paralelo con lo que les pasa a los médicos radiólogos, que ahora se ven abrumados por tener que revisar (para comparar) infinidad de imágenes digitales viejas que con la radiología convencional no solían ver. Al respecto Friedberg observó:

"Imagínese que usted es un médico de atención primaria. Por la forma en que ciertas historias electrónicas están configuradas, cada vez que su paciente visita a un especialista, concurre al hospital, o recibe los resultados de cualquier estudio (aún de los que usted no ordenó), usted recibe un mail, que por otra parte no tiene ningún tipo de priorización... Los médicos bien pueden estar aterrorizados por toda esta información que les llega. Antes de las historias electrónicas, esta información no les llegaba. Pero hoy, muchos sistemas se encuentran interconectados y sin ningún tipo de filtro. El médico pasa a ser el eslabón más débil en la cadena de información, y ese lugar es realmente incómodo."

La falta de un diseño centrado en el usuario

Roni Zeiger, quien fuera durante muchos años el principal médico de Google y que ahora dirige un emprendimiento propio (un portal web que reúne a

comunidades de pacientes), atribuye la insatisfacción de los médicos al mal diseño de los sistemas. Cuando le preguntan por qué las compañías de informática en salud no le prestan mayor atención a la experiencia del usuario, Zeiger responde:

"Cuando usted está construyendo para expertos, no piensa mucho en la interfase con el usuario. El ejecutivo de finanzas de Wall Street se va a sentir bien con cualquier hoja de cálculo que funcione, independientemente del diseño. Pero cuando usted diseña un programa para que las mamás puedan compartir fotos, el mismo debe ser fácil e intuitivo. Cuando comenzó a aplicarse la informática a la salud, no existía un mercado de consumidores. Y la medicina es un campo en el cual el conocimiento está acaparado por expertos que además suelen ser algo arrogantes... por eso hemos sido demasiado lentos en el desarrollo de un diseño centrado en el usuario."

Si bien pasa la mayor parte de su tiempo diseñando software, Zeiger todavía atiende pacientes una vez por semana en una clínica cercana a su oficina en Silicon Valley. Y se sigue frustrando por lo que ve. *"El nuestro debe ser de los peores momentos de la historia para ejercer la medicina"*, afirma. *"Somos la primera generación que tiene que utilizar estas herramientas, y la verdad es que apestan. Algunos de los problemas son técnicos, y podemos comprenderlos, pero los más conflictivos son aquellos que se deben a un diseño mal pensado."*

"Sería aventurado afirmar que el problema es exclusivamente culpa de los vendedores de software. Si bien es muy probable que no se les haya preguntado a los médicos qué es lo que pretendían de su sistema informático, también es posible que, de haberseles preguntado, no hubieran sabido qué responder.... ¿Es responsabilidad de los fabricantes de software enseñarles a sus clientes qué es lo que realmente quieren? Steve Jobs diría que sí, pero ese es un peso demasiado grande para una compañía."

Sin duda es muy difícil para alguien que nunca ha ejercido su práctica en un ambiente digital e interconectado darse cuenta que la tecnología informática tal vez no sea una mejor forma de hacer el mismo trabajo, sino una herramienta que transforma radicalmente la naturaleza del mismo. Y este tema va más allá de la tecnología informática. Es célebre la frase de Henry Ford: "Si le hubiera preguntado a la gente qué es lo que quería, probablemente hubieran pedido caballos más rápidos"

Relaciones interpersonales

Steve Polevoi, Director de Calidad del Departamento de Emergencias del UCSF Medical Center (Universidad de California, San Francisco), afirma:

"En la era predigital, las enfermeras y los médicos de guardia vivían, respiraban y sentían como un verdadero equipo, conversando permanentemente sobre su trabajo. Esto se debía en parte a que las enfermeras eran las primeras en recibir al paciente y, si tenían alguna preocupación o duda, la consultaban con los médicos. Entonces, estos últimos veían al paciente y, si necesitaban colocarle una vía o solicitarle algún estudio volvían a hablar con las enfermeras. Ahora todo se reporta y ordena a través de la historia electrónica. Luego de hacerlo, tanto médicos como enfermeras pasan a la próxima tarea y siguen todo a través de la computadora."

"Aun peor, los distintos miembros del equipo se retiran a sus sectores dentro del departamento para trabajar desde sus terminales. Basta caminar por la guardia para verlos: médicos y enfermeros, separados tan sólo por centímetros, concentrados en sus pantallas sin intercambiar ni una palabra."

Un estudio de 2014 sacó esto a la luz: la implementación de historias electrónicas se asoció con una significativa disminución de la calidad en la comunicación entre médicos y enfermeras. James Stoller, Director del Instituto de Educación de Cleveland Clinic's ha bautizado a este fenómeno como "aislamiento electrónico".

Todos estos problemas se hicieron trágicamente patentes el 28 de septiembre de 2014, cuando Thomas Duncan se transformó en el primer paciente diagnosticado con el virus de Ébola en los Estados Unidos. Tres días antes, Duncan, de 42 años había concurrido a la guardia de emergencias del Texas Health Presbyterian Center de Dallas. Tenía fiebre alta y otros síntomas que, si bien podían asociarse con el virus, no eran específicos del Ébola y podían también deberse a otras causas. Una enfermera de triage realizó el ingreso y registró en la ventana que le correspondía de la historia electrónica que el paciente había estado hacía muy poco en Libera, el epicentro del brote en África. Desafortunadamente, el médico que lo revisó después no tomó conocimiento de que había viajado y envió al paciente a su casa. En los días que siguieron, el paciente expuso a docenas de personas al virus.

Duncan regresó al hospital el 28 de septiembre con un cuadro desesperante y fue internado. Murió de Ébola 10 días después de su ingreso. No quedó claro si un diagnóstico más oportuno hubiera marcado alguna

diferencia en su evolución, ni si contribuyó con la diseminación del virus a dos enfermeras que lo atendieron. El 1 de octubre, el hospital publicó una declaración en la que culpaba del error a su proveedor de software por haber diseñado una historia electrónica con flujos de documentación distintos para médicos y enfermeras. Un día después el hospital tuvo que retractarse, diciendo que no había nada malo en su sistema informático. La historia del viaje a Liberia estaba en un registro de enfermería que era totalmente accesible al médico, solo que éste no le había prestado atención y a que la enfermera no había hecho algo que antes era totalmente natural: abordar cara a cara al médico, y decirle "Doc, el paciente del box 4 tiene 40° de fiebre y acaba de llegar de Liberia..."

Si bien el hospital se equivocó en endilgarle la responsabilidad a su proveedor de software, el sistema informático había fallado, pero de una manera mucho más sutil. En los departamentos de emergencias actuales cada vez hay menos contacto físico y verbal entre las personas.

La evolución sin rostro

Christine Sinsky, la médica de atención primaria de la que hablábamos, cuenta su experiencia con una paciente que tuvo que atender en una guardia de emergencias. En la historia clínica electrónica se encontró con la siguiente evolución:

Paciente que se presenta con palpitaciones. Momento de inicio: antes de su arribo. Curso/duración de los síntomas: resuelto. Características de los síntomas: salteo de latidos. Grado al presente: ninguno. Factores que exacerban: ninguno. Factores de riesgo: ninguno. Episodios previos: ninguno. Terapia indicada: ninguna. Síntomas asociados: cercana a un síncope.

Si usted no tiene la más mínima idea de qué fue lo que le pasó a esta mujer (más allá de que tenía palpitaciones y que casi se muere), bienvenido al club. A fuerza de tildar casilleros y elegir respuestas predeterminadas de una lista, cualquier pista acerca de la historia del paciente es removida y deja una evolución lobotomizada, insípida y mucho menos interesante o útil.

John Birkmeyer un prominente cirujano e investigador de Dartmouth recuerda lo importante que le parecía, cuando las historias eran manuscritas, revisar las anotaciones que él mismo había escrito en las historias clínicas de los pacientes que llevaría al quirófano a la mañana siguiente:

"Podía llegar a tener hasta ocho casos en mi lista quirúrgica: este tipo de hernia, este otro tipo, etc. Sólo

tenía que leer mis evoluciones para recordar perfectamente la cara del paciente en cuestión. "Siempre había algo en las historias que me permitía distinguirlos" Cosas tales como por ejemplo: "Su hernia lo molesta más cuando hace esfuerzos excesivos, como cuando juega al tenis". Son estos pequeños detalles los que me permitían relacionar mi anotación con el paciente y recordar matices no sólo de la persona sino también del procedimiento que iba a realizar""

"Luego vino la historia electrónica y todo esto se perdió. Estoy obligado a completar campos preformateados en el sistema.. Me limito clicar lo mismo una y otra vez: (cirugía de hernia inguinal; masculino o femenino, izquierda o derecha, etc. y de repente... todas las historias son idénticas!!! Ahora, cuando me preparo para mis cirugías no tiene ningún sentido repasar las historias porque todos parecen ser el mismo paciente. Es como si nunca antes los hubiera visto. Ya ni siquiera recuerdo sus caras..."

A fuerza de tildar casilleros, la historia clínica ha sido vaciada de pensamiento y narrativa. Y, si bien es útil enumerar los problemas de a uno, el verdadero arte del diagnóstico médico consiste en ver la conexión entre los problemas; el darse cuenta que la fiebre del paciente, junto con el soplo cardíaco y la hemiparesia llevan a pensar en una endocarditis bacteriana. Más aún, además del diagnóstico clínico, debemos considerar el contexto de cada caso: que el paciente está asustado, que su madre falleció joven de cáncer, que no puede pagar los tratamientos, o que es mamá de un adolescente con síndrome de Asperger... ¿Cómo hace usted para contar esta historia clickeando de manera robótica en casilleros?

Todas estas cosas funcionaban mejor cuando escribíamos nuestras historias en papel, tal vez porque no estábamos tan agotados por una infinita cantidad de clicks y todavía teníamos tiempo y energía para pensar sobre el caso y su contexto. En 2012, Robert Watcher, uno de los líderes mundiales en seguridad del paciente y autor del libro cuyos textos estamos reproduciendo, escribió que a la historia clínica electrónica le estaría faltando un campo más. Al clickear sobre esta solapa se debería desplegar un pop up con este texto:

En este campo, por favor cuénteles a las muchas personas que van a ver a su paciente (enfermeras, nutricionistas, asistentes sociales, especialistas) qué diablos está pasando. Cuáles son los principales problemas que está tratando de abordar y las preguntas que usted se está haciendo. Describa la trayectoria de la evolución: ¿está mejorando o empeorando? Si está peor (o no mejor), qué es lo que está haciendo para ver por qué y en qué momento piensa que debería reconsiderar su diagnóstico o abordaje terapéutico e intentar algo

distinto. Por favor, **NO** utilice esta parte de la historia para repetirnos el estrecho abordaje de un problema por vez que tan bien ha articulado en otras partes de este registro electrónico. Ya sabemos que el paciente tiene hipokalemia y que le indicé potasio. Utilice este espacio para realizar una síntesis, para ser más novelístico, más imaginativo, más expansivo. Por favor: ¡CUENTE UNA HISTORIA!

¿Una epidemia de Kwashiorkor en Estados Unidos?

En enero de 2014, la Auditoría General de los Estados Unidos (US Office of the Inspector General –OIG–), reveló los resultados de unas auditorías realizadas a dos hospitales, uno de Des Moines (Iowa), y otro de Santa Fe (Nueva México). La OIG encontró que entre las dos clínicas habían sobre-facturado al Medicare US\$ 236.000 por casos de kwashiorkor, la enfermedad por desnutrición severa que solemos ver en fotos de niños raquíuticos con un abdomen inmenso en las tribus más pobres del África subsahariana. Sorprendentemente, Medicare había pagado entre 2010 y 2011 más de 700 millones de dólares a distintos hospitales por casos en los que se enumeraba al kwashiorkor en la lista de diagnósticos. Las auditorías de Des Moines y de Santa Fe mostraron (cosa que no sorprendió a nadie), que ninguno de los 217 casos facturados como kwashiorkor eran tales. La terrible enfermedad es muy rara de ver en países desarrollados.

¿Cómo pudo ocurrir esta falsa, vergonzosa y cara "epidemia virtual" en los Estados Unidos? Parte tiene que ver con su sistema de facturación, algo que recién ahora está cambiando. Tanto el Medicare como muchos aseguradores privados pagan (o pagaban) en base a la complejidad de los diagnósticos, al número de síntomas descriptos en las historias (ej: tos, dolor abdominal o visión borrosa), y a la cantidad de órganos examinados que se tildan de una lista electrónica (corazón, pulmones, ojos, etc.). Sin duda, ésta es una forma muy tonta de pagar por las atenciones de salud y por eso se está revisando, pero hasta hoy, es lo que hay, y todos conocen las reglas. Cuando los proveedores de software tratan de vender sus historias electrónicas a los hospitales (principalmente cuando quieren convencer a los gerentes financieros - que son quienes firman los cheques grandes-), necesitan asegurarles que el sistema está formateado para mejorar la facturación y facilitar sus reembolsos.

Uno de los principales argumentos de venta de los proveedores de software (antes de que el Gobierno Federal de los EE.UU tuviera que destinar 30 billones de dólares en incentivos para informatizarse), era su enorme potencial para ahorrar dinero. Un estudio de

2005 de RAND estimó que la digitalización de todo el sistema de salud norteamericano generaría un ahorro anual de 81 millones de dólares. Pero una vez instaladas las historias electrónicas, Medicare se encontró con que muchos hospitales informatizados aumentaban su facturación, documentando más detalles de manera más fácil, lo que a su vez llevaba a códigos diagnósticos más lucrativos. En los días de historias manuscritas, los administradores hospitalarios continuamente "educaban" a sus médicos: *recuerden documentar la historia familiar; recuerden documentar al menos nueve órganos en su examen físico; recuerden documentar neumosepsis en vez de simplemente neumonía*" Pero como no podían revisar la historia de papel hasta que la misma se cerraba y el paciente era dado de alta, esta "educación" tenía un efecto limitado.

La historia electrónica cambió todo esto. Ahora los hospitales pueden instalar un software que identifique, por ejemplo, a los pacientes que parecen tener desnutrición y bajos niveles de proteínas en sangre. El sistema entonces lleva a los médicos (o a los codificadores automáticos) a etiquetar esos casos como "kwashiorkor" en tiempo real. En su carta de disculpas (que incluyó además la devolución del dinero sobre-facturado), tanto el hospital de Iowa como en de Nueva México adujeron un "error informático (¿Lo fue?)

Además de la sobre-codificación de diagnósticos como el kwashiorkor, los médicos y hospitales han aprovechado otras herramientas de las historias electrónicas para maximizar sus ganancias, no siempre de manera ilegal. La mayoría de estas historias tienen campos mandatorios que, si no son completados, no permiten avanzar. Estas "funciones forzosas" son uno de los componentes claves de los sistemas informáticos. Muchas partes del examen físico que en la historia de papel no se completaban (y que por lo tanto no se facturaban), hoy son completados con un simple click sobre un casillero (*Expansión de bases y vértices conservada* (click), *murmullo vesicular, dos ruidos en cuatro focos silencios libres*, (click), *abdomen blando, depresible, indoloro* (click) . No deja de ser irónico que los hospitales y médicos utilicen los subsidios del Medicare para informatizarse (establecidos por una ley federal), para comprar sistemas que les permiten facturar más al mismo Medicare.

Es probable que en muchos casos los médicos hayan efectivamente realizado un completo interrogatorio y examen físico y que su trabajo se vea facilitado por no tener que escribir y remitirse a tildar solamente un casillero. Pero en algunos casos, la historia termina siendo poco creíble. La Auditoría General de los Estados Unidos en su informe, observó que algunas de las evoluciones médicas habían cruzado una línea y entraban en el terreno de la ficción. En un comentario

publicado en Marzo de 2014 en el popular blog médico *Kevin MD*, un estudiante de medicina que trabajaba como escriba en una guardia de emergencias describió de manera anónima, pero bastante creíble, los beneficios de contar con un escriba: mayor eficiencia, mayor satisfacción de los pacientes, mejora en los ingresos y ¡mayor fraude!

En un modelo de historia electrónica, denominado Epic®, el simple tildado de un casillero en el cual se afirma que se aconsejó al paciente dejara de fumar, genera un honorario adicional de aproximadamente 20 dólares. Según el escriba, los médicos frecuentemente le pedían que clickeara sobre este casillero, aún cuando sabía que no había existido ninguna recomendación al respecto. Cuando se quejaba, los médicos generalmente le respondían que no había estado atento. También le pedían que completara todos los campos del examen físico, de la cabeza a los pies, aún cuando dicho examen no había sido realizado. *"Yo sabía que el médico no había aconsejado al paciente, que no le había preguntado por antecedentes sociales o familiares, que no había auscultado su corazón ni sus pulmones"...* "Todas estas pueden ser vistas como picardías o pequeñas transgresiones" continúa el escriba, *"pero la suma de las pequeñas cosas terminan volviéndosele en contra al paciente. Y más importante aún, si se termina mirando para otro lado ante miles de mentiras chicas..., ¿cuántas mentiras más grandes habrá por ahí?"*

Muchos médicos consideran a esta práctica como un crimen sin víctimas. Otros sienten que, si el paciente no se queja de dificultad respiratoria ni tos, la auscultación probablemente sea normal... ¿por qué no clickearla? (aún sin haberle acercado el estetoscopio...).

Pueden aducirse mil razones para justificar esta conducta, pero la misma no deja de ser fraudulenta. Dicho esto, la causa raíz de la mayoría de estos problemas es el absurdo sistema de facturación. Tal vez sea por esto que el Medicare y otros aseguradores están buscando reemplazar el actual sistema de pagos basados en la documentación de datos irrelevantes por otro basado en la calidad de atención y la satisfacción de los pacientes.

Distracciones

La necesidad de completar todos los campos y de tildar todos los casilleros no sólo es molesta; también distrae. Investigadores del Estado de Michigan publicaron en 2013 un estudio mediante el cual le solicitaron a 300 voluntarios que completaran una tarea complicada en la computadora. La misma consistía básicamente en seguir mentalmente el lugar de una serie de eventos. Cuando comenzaban a contar, los investigadores

interrumpían a los voluntarios solicitándoles una rápida tarea adicional. Cuando la interrupción duraba tres segundos, la tasa de errores se duplicaba. Cuando la misma era de 4,4 segundos, los errores se triplicaban. . *“Lo que esto significa es que nuestra salud y seguridad dependen, en cierto nivel, de que la gente que nos cuida haya o no sido interrumpida”*, manifestó Erik Altmann, uno de los líderes del trabajo.

El tema de las distracciones es uno de los más considerados en el mundo de la aviación. De hecho, una de las reglas sagradas en este campo es el de la “Cabin Estéril”, que prohíbe cualquier tipo de distracción, incluyendo conversaciones que no tengan que ver con el vuelo, cuando se está a una altitud menor a 10.000 pies (etapas del despegue y aterrizaje)

Bob Myers, Ingeniero Jefe de Boeing, explica de qué manera los ingenieros en seguridad aeronáutica abordan el tema de las distracciones:

“Como los hospitales con sus médicos, las aerolíneas insisten para que sus pilotos documenten minuciosamente todo: a qué hora despegaron, cuanto combustible tenían cuando empezaron, cuánto al finalizar el vuelo, si tuvieron quejas de pasajeros, etc. Los ingenieros hemos podido defender exitosamente nuestra posición que sostiene que los pilotos no deberían estar documentando estas cosas cuando están por debajo de 10.000 pies, y la FF.AA (la agencia que regula la aviación), nos ha apoyado.”

Cuando se le hizo referencia a la enorme cantidad de documentación que los médicos deben completar, mucha de ella al mismo tiempo que están tratando con una persona muy enferma, quedó horrorizado. *“Esa es la diferencia: cuando usted está en el quirófano o con su paciente en consultorio, usted está por debajo de los 10.000 pies y no debería estar realizando esa tarea,”*

Sin embargo, lo hacemos. Muchas cosas se pierden cuando se ejecutan varias tareas al mismo tiempo. También cuando uno está más concentrado en cumplir con los requerimientos del sistema, muchas veces tiránicos, que en el paciente. En algunas historias electrónicas hay que hacer muchísimos clicks y pasar por varias pantallas para completar una orden.

El problema de las distracciones se agiganta en la actualidad por la posibilidad que tienen los médicos de acceder a la historia de los pacientes desde tablets y celulares personales. En una revista de seguridad del paciente, se describe el caso de un residente al cual su médico interno le había solicitado en una recorrida que discontinuara la anticoagulación de un paciente en vista a un próximo procedimiento invasivo. En este hospital, podía ingresarse a la historia electrónica desde laptops, tablets y celulares personales. El residente había

comenzado a tipear en su celular la orden de discontinuar Cumadina, cuando le apareció en su pantalla un “pop up” invitándolo a una fiesta ese fin de semana. Para el tiempo en que había contestado este mensaje personal, la recorrida ya había avanzado con otro paciente y el residente se olvidó de suspender la anticoagulación. El hombre finalmente fue intervenido y tuvo una hemorragia pericárdica que pudo haber sido fatal. Como con tantos aspectos de nuestras vidas, la coexistencia en nuestros celulares de temas profesionales y personales puede ser una fuente importante de problemas.

¿Adiós al papel?

Cuando uno observa a Chrstine Sinsky ocuparse de media docena de pacientes en su consultorio de Dubuque, Iowa, no puede menos que agradecerle al cielo que todavía haya médicos que quieran realizar este trabajo tan difícil, poco reconocido y mal pago. La experiencia puede ser inspiradora y enloquecedora al mismo tiempo.

Sinsky entra al pequeño consultorio de una pequeña clínica de atención ambulatoria donde se atienden varias especialidades. Es alta y delgada, haciéndole honor a la maratonista que es. Está acompañada por una enfermera, quien ejerce como escriba y que la ayuda con otras tareas clave. La misma ya ha recabado algunos datos de la historia cuando Sinsky ingresa al consultorio para ver a su primer paciente. Se trata de un hombre mayor, de pelo blanco y con un abdomen prominente; todas las navidades hace de Papá Noel en una tienda de Santa Fe. Viste una remera de Harley Davidson con la leyenda; “Motorcycles: Ride Free. Live Free”. En la pared del pequeño consultorio se despliega una serie de coloridos posters, uno mostrando los cuatro grupos de alimentación y otro instruyendo acerca del lavado de manos. Un tercer afiche muestra el dibujo de un ramo de flores hecho por un niño, acompañado de un texto que dice: *“No lamentos envejecer, Es un privilegio que se les niega a muchos.”*

Sinsky se sienta frente a su paciente “rodilla a rodilla”, sin barreras físicas de por medio. Su laptop está prendida sobre un escritorio lateral, pero ella se esfuerza para mantener en todo momento el contacto visual. Luego de escuchar por unos minutos al paciente, activa el sistema de dictado de su sistema informático. Sin embargo, antes de comenzar, le advierte: “Ahora le voy a contar a la computadora lo que sabemos hasta ahora”, y comienza a dictar la historia a su laptop.

En su doble rol de médica de atención primaria y de consultora en el rediseño de la práctica profesional, Sinsky ha hecho todo lo posible para que su consultorio

funcione eficientemente. Está convencida del modelo colaborativo de atención y, junto a su enfermera, trabajan como un verdadero equipo para atender al paciente y producir la documentación necesaria. Lamentablemente, y pese al dictado, la tecnología no parece ayudarla demasiado. Tanto la historia electrónica que se utiliza en el policonsultorio como las regulaciones bajo las cuales trabaja son un verdadero obstáculo para la documentación colaborativa. El sistema informático está diseñado para que sea el médico el que tiene que completar casi todo. Aún cuando Sinsky simplemente quiera que la enfermera le abra una parte de la historia clínica para no tener que perder 90 segundos y 10 clicks para llegar al lugar que quiere, no lo puede hacer. La interpretación que su organización hace de las buenas prácticas de documentación electrónica lo prohíbe. Cuando las historias eran manuscritas, era normal que otra persona abriera la historia en la página que el médico necesitaba. Hoy, la enfermera no puede acceder.

Sinsky siempre anheló una práctica "paperless" (sin papeles) y creyó ingenuamente que una vez que informatizara su consultorio se libraría de ellos. Sin embargo, sobre su escritorio se acumula una extraordinaria cantidad de papeles. Como el sistema informático no le permite navegar la historia del paciente de una manera intuitiva (o sea: escuchar al paciente, luego registrar algo en la historia, después ir a buscar algún dato en una evolución vieja, luego a un resultado de laboratorio o de rayos, escribir a continuación alguna indicación para volver luego a completar un poco más la historia), su personal se pasa varias horas por día imprimiendo la mayoría de las historias electrónicas, de forma tal que ella pueda acceder de manera fácil y rápida a lo que necesita ver. "Imprimo miles de páginas por día (varias resmas), preparando la documentación para los médicos", afirma la enfermera de Sinsky.

En este policonsultorio, que utiliza un sistema diseñado por una compañía denominada McKesson, cada médico pierde en promedio siete minutos por día accediendo a distintas ventanas que requieren claves, diez minutos ingresando claves en forma repetitiva, y trece copiando y pegando evoluciones previas en la nueva. La generación de una factura electrónica obliga a clickear 21 veces, a rolar el cursor hacia arriba y abajo ocho veces y a cinco cambios de pantalla. Cuando un médico de atención primaria tiene que ver entre 20 y 30 pacientes por día, la matemática es deprimente... Sinsky estima que cerca de la mitad de su día se pierde en actividades de oficina.

Interfases que facilitan el error y las respuestas del Departamento de Sistemas

Ross Koppel, un sociólogo de Pennsylvania que pasó la última década estudiando el potencial beneficio de la digitalización en salud, ha sido testigo de una infinidad de problemas técnicos: resultados de laboratorio que quedan sepultados en pantallas llenas de datos irrelevantes; necesidad de rolar infinitamente el cursor para encontrar información que debería estar contigua, menús de opciones que carecen de algunas que son esenciales o que ofrecen alternativas irracionales, íconos idénticos para distintas acciones, etc. En un artículo escrito en 2012, Koppel agrega: *"El logueo y deslogueo es a veces muy variado dentro de los distintos sub-menús de un mismo sistema (ej: "fin", "terminar", "enviar", "abandonar", "hecho", "próximo") y cada una de estas palabras puede significar cosas muy diferentes, con graves consecuencias para los pacientes."* Lo más preocupante, observa, *"es que los médicos que realizan estas observaciones son tildados de dinosaurios tecnófobos, resistentes y poco cooperativos."*

Este último punto es importante. Christine Sinsky comentó que la historia electrónica del hospital donde trabaja (que es una organización distinta al policonsultorio que describimos), tiene incorporada un sistema de alertas. Cada institución tiene su propio proveedor de software, lo que trae aparejado otro problema, que es la falta de interconectividad entre el sistema que la médica tiene en su consultorio y el del hospital. Estas alertas están diseñadas, por ejemplo, para recordar a los médicos que deben indicar algún anticoagulante o antiagregante a ciertos pacientes que se internan para prevenir trombosis venosas profundas y tromboembolismos pulmonares. Hasta acá, esto es muy positivo, ya que los médicos somos humanos podemos cada tanto olvidarnos de esta importante medida de profilaxis.

El problema radica en que la computadora presenta este recordatorio aún cuando el paciente ya esté bajo terapia anticoagulante o tenga alguna enfermedad que altere la coagulación. Si bien sería ideal que el sistema pudiera darse cuenta de que el paciente ya está anticoagulado y no tirar la advertencia (de hecho la información suele estar cargada en el sistema), por lo menos debería ser fácil para el médico silenciar el alerta, tal vez clickeando sobre una opción que dijera "el paciente ya está anticoagulado." Pero no se puede. De hecho, la única forma de acabar con el insistente alerta es a través de un proceso de seis pasos por los cuales el médico termina indicando un segundo anticoagulante, debiendo a su vez realizar otro proceso para suspenderlo. Con semejante cantidad de pasos es probable que el médico

se olvide de algo y el paciente termine con exceso de anticoagulantes, lo que lo expone a hemorragias importantes.

Sinsky planteó este problema a los responsables de sistemas de su hospital. Su respuesta fue de poca ayuda y un tanto desdeñosa: " *El Advisor (tal era el nombre del sistema de alertas) está siendo utilizado sin problemas en toda la organización ¿Qué es lo que no le funciona a usted?*"

Un año después, el problema planteado por Sinsky seguía sin solución. "Utilicé los formularios para reportar incidentes y casi accidentes" para alertar a las autoridades sobre esta exposición, pero me di cuenta que estos esfuerzos no sólo eran inútiles, sino que me estaban dañando políticamente". Es común que se mate al mensajero."

Esto no es infrecuente. Los médicos que tratan de notificar los problemas y peligros originados por interfases mal diseñadas suelen ser ninguneados y condenados al ostracismo. Gordon Schiff tuvo una experiencia similar cuando aceptó ser profesor en el Brigham & Women's Hospital de Boston, una de las joyas de la corona de Harvard. Por más de una década, el hospital había utilizado un sistema propio (que recientemente fue cambiado por Epic ® por el costo que implicaba su mantenimiento). Schiff es un médico de atención primaria, especialista además en seguridad del paciente que ha estudiado mucho los temas de seguridad vinculados con tecnologías de la información. Se encontró con que la historia electrónica del Brigham era bastante adecuada, pero a menudo identificaba problemas:

"Cuando tenía alguna duda, solía levantar el teléfono y preguntar a la gente de sistemas: Vea, esta pantalla no parece tener mucho sentido o, ¿Cómo indico esto? ¿Dónde encuentro esto? Llamaba al centro de ayuda de los informáticos entre dos y tres veces por semana. Sin embargo, nada cambiaba. Finalmente, luego de unos pocos meses de hacer esto, fui llamado por el Jefe de Sistemas. Me dijo que estaba hostigando y molestando a su gente. Sinceramente, yo creía que los estaba ayudando..."

Cláusulas de confidencialidad y de exención de responsabilidad

El diseño y la instalación sistemas informáticos en organizaciones de salud son tan complicados que nadie puede razonablemente pedir la perfección apenas el producto sale del molde. Precisamente por esto, resulta crucial que tanto los vendedores de software como los departamentos de sistemas locales respondan

adecuadamente y sean muy receptivos al feedback de los usuarios. Como ilustran las experiencias de Schiff y de Sinsky, éste no es generalmente el caso. Y no lo es por un sinnúmero de razones. Puede ocurrir que el departamento de sistemas esté sobrecargado de trabajo o que carezca de las habilidades necesarias para manejar las situaciones. O que las preguntas que realizan los médicos sean el reflejo de preferencias personales, de no haber leído las instrucciones o de no haberse tomado en serio la capacitación sobre el sistema. Tal vez el gerente del área no tenga muchas ganas de discutir los problemas del software luego de haber convencido al directorio para que invirtiera millones en dicho sistema. Tal vez no esté del todo claro quién es el responsable de solucionar la falla: si el departamento de sistemas o el proveedor que vendió e instaló el software.

La costumbre de no compartir información sobre las fallas de los sistemas informáticos es uno de los problemas identificados por Ross Koppel, un sociólogo de la Universidad de Pennsylvania. Durante los últimos 15 años, Koppel ha puesto su mirada de antropólogo sobre los médicos y enfermeros mientras luchan con las historias electrónicas, emergiendo como uno de los críticos más visibles (y creíbles) del impacto de la informática en el sector salud. A diferencia de algunos detractores fanáticos de la historia electrónica, Koppel es un académico respetado y está lejos de ser un tecnófobo. De hecho, es un partidario ferviente de la informatización de la salud. En su visión, volver al papel sería una "locura". Lo que sí pretende son mejores sistemas informáticos; su experiencia en el día a día lo ha llevado a tener una postura muy crítica acerca de cómo estamos haciendo las cosas. Está muy preocupado por las barreras tan bien descritas por Sinsky y Schiff. Pero sus palabras más duras las reserva para los vendedores de tecnología: "No sé si mi pasión por este tema hubiera surgido si no hubiera sido testigo de lo poco receptivos que son los vendedores a las necesidades de los médicos. La respuesta más típica a sus requerimientos es: *lo siento, eso lo veremos en la próxima actualización...*"

En un polémico artículo publicado en 2009 en el *Journal of the American Medical Association*, Koppel describe el lado oscuro de la industria de informática en salud. Él y su coautor, David Krela, sostienen que los proveedores de sistemas informáticos disfrutaban de una estructura legal y contractual que los deja virtualmente libres de responsabilidad, aún cuando sus productos puedan verse implicados en eventos adversos con pacientes. En casi todos los contratos figura una "cláusula de exención de responsabilidad" (tal es el nombre técnico que utilizan los abogados).

El argumento que suelen exponer los vendedores es que los errores se deben a pobres prácticas de implementación o a "metidas de pata" de los usuarios (bastante parecido a la tesis de que no son las armas de fuego las que matan sino las personas...). Si bien esto puede ser cierto a veces, una gran cantidad de errores, como vimos, devienen en inevitables a causa de softwares muy burdos y a malas interfases con el usuario. Según los autores del artículo, sería entonces justo que los proveedores compartieran algo de responsabilidad si los pacientes son dañados en estas circunstancias.

Como si esto fuera poco, Koppel y Kreda alertan que muchos contratos prohíben a los usuarios discutir los problemas del producto informático en foros abiertos, incluyendo capturas de pantalla sobre la falla.

"Los contratos de confidencialidad establecen que usted no puede decir o escribir públicamente nada que hable mal de su software. Usted puede comentarlo en privado con sus colegas, puede también escribir una queja a su proveedor; pero si usted hace una captura de pantalla y la envía a su sociedad médica o la comparte por mail con colegas, puede llegar a ser demandado por millones."

Aquí vemos una tensión que es única a las historias clínicas electrónicas. Si las mismas fueran sólo una aplicación comercial más que dejara constancia de las transacciones entre corporaciones, la prohibición de compartir sus fallas sería natural, de acuerdo a los estándares de las industrias de tecnología. Después de todo, hay una propiedad intelectual que proteger y competidores que mantener a raya. Pero las historias electrónicas no son sólo una aplicación comercial. Se han transformado en las herramientas que utilizamos para atender a nuestros pacientes. Desde ese punto de vista, nos gustaría que se compartieran mucho más aquellas cosas que funcionan y, más importante, aquellas que no. Y esto también representa una norma pero de otra industria: la de la salud. En nuestra actividad es frecuente que presentemos casos de daños o errores en conferencias o publicaciones con el objetivo de aprender y mejorar. Tal vez sea el tiempo de trabajar sobre este conflicto de intereses si realmente queremos una atención cada vez más segura para nuestros pacientes.