



## CONFIDENCIALIDAD E INFORMATIZACIÓN DE LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Begoña Román Maestre**

Es conveniente comenzar por dejar clara cuál es la problemática del caso que nos ocupa, dado que la confidencialidad no es tema nuevo, hunde sus raíces en el respeto a la autonomía del usuario y, por tanto, a su intimidad y dignidad. Tampoco es nueva la apelación al secreto profesional que debe regir la relación médico paciente. La novedad radica en la informatización de los datos de la historia clínica y en su acceso a ella.

La medicina en equipo, las personas que tiene acceso a esos datos y la seguridad de los mecanismos informáticos que garanticen que sólo pueden acceder los que deben acceder, a saber, los implicados en el acto médico (que no son sólo el médico y el paciente, sino cualquier otro profesional que necesite conocer los datos clínicos para cumplir con su deber profesional), son algunas de las dificultades que plantea la informatización de la historia clínica.

La historia clínica informatizada ha de ser igual que la convencional en papel, es decir, ha de ser completa, actualizada, objetiva, protegida y segura (*Professió*, 1999, 3). Todo lo cual implica que facilite el acto médico allí donde fuere oportuno o necesario, y que permita la anotación de aquellos datos, quizás más subjetivos, pero que al médico de la asistencia primaria, por ejemplo, le van a ser útiles para el buen seguimiento de su paciente.

El problema, a mi parecer, tampoco es sólo, aunque tiene esas dimensiones, un problema técnico y jurídico. El problema de la confidencialidad es sobre todo un problema de confianza y de lealtades; es un problema de valores morales y de las



actitudes pertinentes que son ineludibles para gestionar los valores. La confidencialidad es requisito de la confianza, es un deber de los profesionales correlativo al derecho a la intimidad, y es un compromiso de la organización y las administraciones públicas (SCMFIC, 2003, 14).

En efecto, no es sólo un problema técnico, porque por muchas contraseñas y huellas digitales que puedan delatar al delito y al delincuente, todos sabemos que hecha la ley, hecha la trampa. Y es que más vale una fundada convicción ética, con la consiguiente asunción de responsabilidad, que mil leyes (NUÑEZ-CUBERO, 2000, 242).

Sin duda que hay que garantizar técnicamente el acceso a la información de tales datos sólo a las personas que, en efecto, la necesitan. Por eso urgen inversiones económicas en las medidas informáticas idóneas, y la política organizativa clave para enseñar a usarlos correctamente a quien corresponda.

Cierto que se precisan medidas legales y no dejar a la buena voluntad de profesionales y organizaciones el proceder con cautela informática. No basta con la buena voluntad, a ésta hay que reforzarla con las sanciones jurídicas cuando así proceda. Ése es un primer requisito, programas informáticos eficientes en la salvaguarda de los datos y el correcto uso por parte de quienes lo deben utilizar. No olvidemos que la imagen que de la calidad asistencial tienen los usuarios se forja fundamentalmente en el centro de asistencia primaria, con lo cual desde él se debe velar, no únicamente por la confianza en el centro mismo, sino por la confianza social en la profesiones sanitarias y en los servicios públicos que representan.

Mas, una vez garantizadas esas condiciones, hace falta la conciencia de la importancia de la confidencialidad por parte de los profesionales que tratan los datos, y



por ello adquieren los hábitos idóneos para garantizar con su actitud cautelosa la confidencialidad.

En este sentido son clave hábitos como que al ordenador no pueda ni mirar ni acceder cualquier persona ajena al historial; o que se mantengan las medidas criptográficas oportunas (contraseñas, transmisión de qué datos, a quién, cómo y por qué); o recordar a las personas que van a permanecer en el centro con contratos temporales breves la importancia de cuidar todas esas políticas y hábitos.

Se trata, como vemos, de la pedagogía de los valores inherentes a la buena praxis profesional; se trata del cuidado de esos intangibles que son las garantías a la confianza de los usuarios que somos potencialmente todos. Se trata de *crear confianza*.

El colectivo que debe velar por la confidencialidad no está formado únicamente por las profesiones más conscientes del secreto profesional, como son los médicos, enfermeros, asistentes sociales y psicólogos; se trata de que los traductores, los administrativos o el personal de atención al usuario que imprime las recetas, todos ellos, sean educados en una ética de la organización que vela por la calidad en el servicio que se compromete a dar a sus usuarios.

Así pues, no sólo deben ganarse la confianza los médicos o enfermeros, todo el personal tiene que responder ante esta exigencia del usuario que se funda en su derecho a la intimidad y que, no olvidemos, como derecho permanece hasta incluso después de la muerte de aquél.

No podemos pues descuidar que ésta es una exigencia ética, basada en un derecho del usuario y en el deber de calidad asistencial que el centro, como organización, tiene el deber de cumplir y escrupulosamente. No hay entonces que



esperar a que las personas reivindicquen tal derecho para hacerlo efectivo. Igual que tiene el usuario derecho a saber, lo tiene también a no saber, si no quiere ser informado.

Y si no es consciente de la importancia que los datos de la historia clínica tienen, eso no exime a la organización y a sus profesionales de cuidar la confidencialidad sea o no exigida. Es un deber avanzar en la pedagogía de los derechos del usuario, y una buena manera, coherente y eficiente, de contribuir a ello es cumpliendo el deber de confidencialidad.

Es decir, no hay que esperar a corresponder con el deber de confidencialidad sólo cuando el usuario lo exige desde su derecho a la intimidad. No hay que esperar a que exijan, más bien hay que educar a que lo exijan, porque están en su derecho. Con ello velamos por la confianza social en la profesión, en los profesionales y en el centro.

Seguramente tenemos una prueba de confianza en la institución cuando los usuarios no se sienten vulnerables en el acceso a su historia. Además, también la organización tiene que, una vez acotadas las barreras informáticas y legales oportunas para garantizar confidencialidad, confiar en el saber hacer de sus profesionales que saben que se las hayan ante el respeto a la intimidad de los usuarios.

Dicho de otro modo, claro que son precisos los controles rutinarios de los sistemas informáticos en ara de detectar cualquier irregularidad, técnica o legal, o negligencia humana. Pero, en último término, es trascendental la confianza en el saber hacer de sus profesionales.

La organización ha de pensar a la hora de permitir el acceso a la información, quién tiene que saber qué, por qué y cómo acceder a esa información, separando estrictamente la información personal, de la administrativa y de la clínica. Y



evidentemente que los protocolos servirán una vez más para crear hábitos eficientes, pero otras veces entorpecen más de lo que debieran.

Entre otras cosas, el exceso de protocolarización podría insinuar una desconfianza de la organización en sus profesionales que, a su vez, se traduce en desconfianza del usuario en el profesional. Dicho de otro modo: si la organización no se fía de sus profesionales, y es ella quien los elige, por qué tendría que hacerlo el usuario que no elige. En ese caso más que autonomía uno sentirá miedo y vulnerabilidad.

Como el riesgo cero no existe, no podemos dejar de considerar los errores, errores informáticos, errores humanos, o errores claramente morales; por eso la organización tiene que adelantarse ellos desde una óptima gestión del error. Una historia clínica perdida, o que no deviene accesible en el momento preciso, requiere siempre de una disculpa al usuario. Y no por el fácil dar la razón, como a los tontos, o por el tópico falso de que el cliente siempre tiene la razón, sino por el deber de crear confianza y dar calidad asistencial.

Se trata más bien de aceptar el error, iniciar las oportunas pesquisas para poder enmendarlo y repararlo de la mejor manera. Para, acto seguido, iniciar una responsabilidad proactiva: qué se ha aprendido de ese error, qué se está haciendo para que no vuelva a ocurrir. Ésa es la confianza a largo plazo que forja el cumplimiento de la confidencialidad: profesionales que son humanos trabajando para humanos. No se trata pues de que no haya accidentes, ni errores, ni negligencias, hasta cierto punto es inevitable dada la condición humana. Se trata de saber gestionarlos cuando acontecen y de aprender de ellos para que no vuelva a acontecer, o como mínimo, no nos cojan desprevenidos.



## REFERENCIAS

*Professió*, Consell de Col·legis de Metges de Catalunya: *La informatització de les dades personals, administratives i mèdiques*, maig-juny, 1999.

Els suplementes del bulletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària: *Confidencialitat: el dret a la intimitat*, volum 21, suplement 2, octubre 2003.

NUÑEZ-CUBERO, P: “Confidencialidad médica” en *Labor hospitalaria*, 3-2000, N° 257.