

El Derecho a la Privacidad de la Información, en el nuevo escenario de los sistemas automatizados de información en Salud.

Manuel E. Piza

2006

Retos a la privacidad, el derecho a la privacidad.

La privacidad y la atención de la salud:

El Juramento Hipocrático que se ha considerado por milenios como la base de la práctica ética de la medicina, hace referencia a la privacidad y al respeto de la misma en varios puntos (ver inserto).

Igualmente se regula el secreto profesional en otros cuerpos doctrinarios como la De-

“Así lo juro – respondió don Quijote -, y aún le echaré una losa encima para más seguridad, porque quiero que sepa vuestra merced, señor don Antonio – que ya sabía su nombre -, que está hablando con quien, aunque tiene oídos para oír, no tiene lengua para hablar; así que con seguridad puede vuestra merced trasladar lo que tiene en el pecho en el mío y hacer de cuenta que lo ha arrojado en los abismos del silencio”.

Miguel de Cervantes: “El Ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha, II Parte Cap 62

*Juro por Apolo, el médico, por Higea y Panacea, por todos los dioses y todas las diosas a cuyo testimonio apelo, que yo, con todas mis fuerzas y con pleno conocimiento, cumpliré enteramente mi juramento: que respetaré a mi Maestro en este arte como a mis progenitores, que partiré con él el sustento y que le daré todo aquello de que tuviese necesidad; que consideraré a sus descendientes como a mis hermanos corporales y que a mi vez les enseñaré sin compensación y sin condiciones este arte; que dejaré participar en las doctrinas e instrucciones de toda disciplina en primer lugar a mis hijos, luego a los hijos de mi Maestro y luego a aquellos que con escrituras y juramentos se declaren míos y a ninguno más fuera de éstos. Por lo que respecta a la curación de los enfermos, ordenaré la dieta según mi mejor juicio y mantendré alejado de ellos todo daño y todo inconveniente. No me dejaré inducir por las súplicas de nadie, sea quién fuere, a propinar un veneno o a dar mi consejo en semejante contingencia. No introduciré a ninguna mujer una prótesis en la vagina para impedir la concepción o el desarrollo del niño. Consideraré santos mi vida y mi arte; no practicaré la operación de piedra, y cuando entre en una casa, entraré solamente para el bien de los enfermos y me abstendré de toda acción injusta y no me mancharé por voluptuosidad con contactos de mujeres o de hombres, de libertos o de esclavos. **Todo lo que habré visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y lo conservaré siempre como secreto, si no me es permitido decirlo.** Si mantengo perfecta e intacta fe a este juramento, que me sea concedida una vida afortunada y la futura felicidad en el ejercicio del arte, de modo que mi fama sea alabada en todos los tiempos; pero si faltara al juramento o hubiere jurado en falso, que ocurra lo contrario.*

Juramento Hipocrático

claración o Juramento de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y en los Códigos de Ética de los colegios profesionales afines al área de la salud.

La información médica, sin necesidad de recurrir a juramentos y con base en la Ley Natural, es considerada por todas las sociedades del mundo, al igual que el sigilo religioso, como secreto que deben ser guardado del conocimiento de quienes no deban conocerlo y, como toda ley muy antigua, ésta carece en la mayoría de las sociedades de un código explícito y de una clara definición de su aplicabilidad.

Cabe poca duda que los médicos y otros “iniciados” en el arte de curar comparten un voto de silencio y no deben divulgar lo que conocen en función de su cargo, sin embargo, este voto es difícil de ejercer y no puede nunca ser aplicado en forma irracional e indiscriminada.

Existen una serie de limitaciones al secreto profesional y muchas de ellas se han acentuado en el mundo moderno en que vivimos una práctica Inter-

disciplinaria e Inter-profesional en la que se hace necesario compartir los “secretos” de la historia clínica de los pacientes para poder asegurar una atención con la calidad, oportunidad y diversidad que se requiere.

Se calcula que el expediente hospitalario de cualquier paciente es accedido al menos 200 veces durante su estancia en el hospital y que esos accesos provienen de no menos de 50 diferentes personas más o menos involucradas en el concepto de privacidad y secreto profesional. El expediente es visto tanto por los médicos o enfermeras que atienden directamente al paciente, como por secretarías, misceláneos que lo transportan de un sitio al otro, personal de laboratorios clínicos o anatomopatológicos, técnicos de todas las diferentes tecnicidades que operan en el ambiente hospitalario, ingenieros biomédicos, codificadores o recopiladores de información, personal de seguridad que debe corroborar los permisos de acceso al mismo paciente y toda una miríada de funcionarios administrativos o técnicos. No sería posible, en este ajetreado manipuleo, mantener el secreto profesional, al menos con la tecnología más en boga de expedientes en papel que pueden ser accedidos en forma total e irrestricta por cualquiera que ponga sus manos encima de ellos.

No cabe duda que la confidencialidad entre el médico y el paciente es la base para la confianza que éste deposita en aquel y es la llave que permite abrir el corazón del enfermo para que exponga sin temor sus quejas permitiendo, de esa manera, la auscultación profunda de los detalles de la historia clínica necesaria para tomar la decisión más importante que los profesionales en medicina deben formular: el diagnóstico. Por lo tanto la privacidad de la información es clave para una adecuada relación médico-paciente.

¿Cuál información debe permanecer privada y cuál es dable que se publique e incluso, cual es mandatorio que se haga del conocimiento público?

El código de Moral y Etica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica dice en su artículo 100:

“Por secreto médico se entiende todo aquello que, por razón de su ejercicio profesional, haya llegado a conocimiento del médico, ya fuere porque le fue confiado, o porque lo observó o intuyó.”

Y seguidamente los artículos 101 y siguientes establecen:

“El médico no debe revelar a terceros, hechos de que tenga conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión, salvo por imperio legal o autorización expresa del paciente o de su representante legal.

Esa prohibición se mantiene en las siguientes situaciones:

- a. Aunque el hecho sea del conocimiento público o el paciente haya fallecido.
- b. A solicitud de declaración testimonial; en este caso el médico comparecerá ante la autoridad y declarará su impedimento. El médico quedará relevado de ese impedimento cuando la información confiada a él pudiera poner en peligro la vida o la salud de terceros.

El médico no debe revelar el secreto profesional referente al paciente menor de edad, inclusive a sus padres o responsable legal, desde el momento en que se determine que ese menor tiene capacidad para evaluar su problema y conducirse por sus propios medios para solucionarlo, salvo cuando negar dicha revelación pueda acarrear daño al paciente o a terceros.

El médico no debe hacer referencia a casos clínicos identificables, mostrar pacientes, o sus fotografías en anuncios, o en divulgación de asuntos médicos en programas de radio, televisión o cine, en artículos, entrevistas o reportajes de periódicos, revistas u otros medios de publicación, sin el consentimiento escrito del paciente o de su representante legal.

El médico es el custodio de la información contenida en el expediente clínico, en los servicios de salud en el trabajo. Solo la compartirá con quien médicamente corresponda. Esa información será confidencial, no la revelará aún ante la exigencia de los directores de la empresa o institución, salvo que el silencio pueda poner en peligro la salud de los empleados o de la comunidad.

El médico, como tratante o como director de establecimiento, no revelará o permitirá que se revele, información a empresas aseguradoras de cualquier índole, particular o estatal, sobre las circunstancias de la enfermedad, datos diagnósticos con respecto a la muerte del paciente, salvo lo contenido en el certificado de defunción, o que medie autorización expresa del responsable legal o del sucesor.

El médico debe apoyar a las instituciones públicas o privadas en las que labore, para orientar a sus auxiliares y subordinados en el celo por el resguardo del secreto profesional a que están obligados por ley.

El médico no debe facilitar el manejo y conocimiento de documentos y de otros medios que contengan observaciones sujetas al secreto profesional, a personas ajenas al caso, o no obligadas al compromiso del mismo.

El médico, aún ante la eventualidad del cobro judicial o extrajudicial de sus honorarios, está obligado a mantener el secreto médico con respecto a su paciente”.

En toda esta normativa y en la que se incluye en las legislaciones de otros colegios profesionales, algunas menos explícitas y en las leyes regulares como Código Penal y Civil y otros cuerpos legales, se omite una clara definición de las excepciones al secreto médico, dejando al arbitrio de la conciencia profesional la mayoría de los casos.

El médico que realiza la captura de la información para llenar la historia clínica del paciente tiene la responsabilidad de informar correctamente de los síntomas, diagnósticos y otras condiciones inherentes a la salud del enfermo y registrarlas cuidadosamente en el record. Esta obligación parece ser contraria a lo ordenado por el Código de Moral y a la doctrina recogida por siglos en el juramento hipocrático y declaraciones como la de Ginebra, Helsinsky y Montreal. Al respecto el mismo Código de Moral antes mencionado, establece en el artículo 111 que:

“El expediente médico es el documento más importante para establecer procedimientos, diagnósticos y recomendaciones para el paciente. El expediente clínico usual así como el electrónico deben mantener todas las medidas relacionadas con la confidencialidad, seguridad e integridad de la información”.

Cual será entonces la alternativa viable ante la disyuntiva que enfrenta el profesional cuando, por un lado se ve compelido y sabe que debe registrar toda la información sobre el paciente en el record médico y, por otro, reconoce que, al hacerlo, está exponiendo esa información a más de 200 accesos irrestrictos por personas incluidas o no incluidas en el concepto de secreto profesional y que, en la mayoría de las veces, no se tendrá ningún control de la forma en la que el mismo record es utilizado y divulgado dentro y fuera del ámbito del hospital o de la institución de salud en la cual ejerce.

Por una parte dice la normativa que el médico no revelará la información confidencial recibida de su paciente (y según la misma normativa, toda la información que el paciente le proporcione o que el profesional indague por su cuenta forma parte de este grupo) y, por otra, las compañías aseguradoras, farmacias privadas y otras empresas exigen al profesional el suministro del diagnóstico y otros datos del paciente en el proceso de trámite de facturas, recetas y otros documentos. ¿En qué quedamos entonces?.

La información médica deja de ser confidencial cuando su reserva puede perjudicar la salud pública o la de terceros, incluyendo los profesionales de la salud. Esto tiene lógica dentro del ordenamiento jurídico básico en que un bien de mayor envergadura no puede subordinarse a uno de menor rango, sin embargo se establece que el médico no puede revelar los secretos profesionales ni ante la autoridad competente y esto es otra contradicción que nunca se ha resuelto.

Los medios electrónicos de almacenamiento de información establecen, ante el derecho a la privacidad de los datos relativos al acto médico, una condición dual. Por un lado la inclusión de la información en bases de datos computarizadas facilita el acceso indiscriminado y la manipulación no permitida de los mismos. Por ejemplo se narra en la exposición de motivos de la Ley de Portabilidad y Acceso al Aseguramiento de la Salud (HIPAA) de los Estados Unidos, que una compañía compró un computador usado de un hospital y, al revisar su disco duro, encontró el expediente textual en formato texto de más de 12,000 pacientes con toda la información relativa a diagnósticos, pronósticos y tratamientos. También se menciona a una paciente que fue a consultar por diabetes en un HMO (Organización para el mantenimiento de la salud) y, al regresar a su casa, recibió la llamada de una compañía que se encarga de vender aparatos para la determinación y control de la glicemia y otros servicios para pacientes con esta enfermedad. O sea que la información llegó primero a la compañía que a sus mismos familiares.

Esta es la parte que podríamos llamar perjudicial del uso de los sistemas automatizados, sobre todo cuando son programados en forma descuidada y no se cuida el acceso no permitido, por no decir que se favorece la difusión comercial y con fines de lucro de la información médica.

Por otra parte, cuando los sistemas están diseñados en forma coherente con los principios que informan las ciencias computacionales modernas y se tiene el cuidado de resguardar la información con medios de encriptación o codificación adecuados y el acceso de las personas está racionalizado de acuerdo a su posición dentro del equipo de salud. O sea que se restringe por medio de un sistema robusto de autenticación de funcionarios, preferiblemente basado en medios bio-métricos como la huella digital o de la mano y, de esa manera, se garantiza que, aunque cualquier persona puede acceder al expediente, la información clasificada será accesible solamente a aquellos que deban verla en función de su nivel profesional y relación con el paciente. Este puede verse como el lado bueno de los sistemas computarizados frente a la información médica y, por ende, debe insistirse en que toda programación realizada cumpla con estrictos protocolos de autenticación de accesos y codificación de información para lograr el objetivo de protección de la privacidad de la misma y el derecho que asiste a todas las personas para que aquello que no debe saberse no se sepa.