

Hacia una historia médica electrónica, entre lo legal y lo ético¹

*Madelein Arellano Rodríguez*²

Resumen

La historia médica, como fuente de información clínica, epidemiológica y de atención en salud, es utilizada para diversos propósitos pero, no siempre, de forma sistemática. El potencial de la información registrada en la historia, además de contribuir a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, también contribuye a la formulación de políticas en el sector salud y al control de los servicios. En tal sentido, el presente trabajo tiene como finalidad analizar el paso de la historia médica manual a la electrónica, considerando las regulaciones pertinentes venezolanas, a los efectos de no transgredir el derecho a la privacidad del paciente, sin perder de vista el valor como bien social de la información clínica y la disyuntiva del profesional de salud frente al juramento hipocrático. El estudio consiste de una revisión documental y algunas referencias empíricas basadas en entrevistas a actores relevantes en el procesamiento y uso de la información en hospitales pertenecientes a dos regiones de Venezuela. Como resultado, se evidencia la necesidad de incluir elementos específicos sobre el uso de la informática en el proyecto de ley de salud, aun cuando la informatización de la historia médica y el resguardo del secreto médico involucren dilemas éticos que no están sujetos a restricciones legales.

Palabras clave: historia médica electrónica, información de salud en red, secreto médico.

Recibido: 12-07-07 Aceptado: 12-09-07

¹ Avance del programa de investigación "Información para la gestión", financiado por CONDES.

² Investigadora adscrita al Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia (LUZ). Ingeniera Industrial. Magíster en Gerencia de Empresas. Cursante del Doctorado en Ciencias Sociales, mención Gerencia y de la Licenciatura de Filosofía en LUZ. Acreditada por el Programa de Promoción al Investigador de FONACIT. Correo electrónico: marellano@luz.edu.ve

Towards an Electronic Medical History, Between the Legal and the Ethical

Abstract

Medical history, as a source of clinical, epidemiological and health-care information, is used for diverse purposes, but not always in a systematic fashion. The potential of information recorded in history, not only contributes to diagnostic and therapeutic decisions, but also contributes to the formulation of policies in the Health sector and to service control. Thus, the goal of this paper is to analyze the passage from manual medical history, to electronic medical history, considering the pertinent Venezuelan regulations, in order not to overcome privacy rights, and not losing sight of its value as a social good of clinical information, as well as Health workers' disjunctives regarding the Hippocratic Oath. This study is made up of a documental revision and some empirical references based on interviews with relevant actors in processing and using information in hospitals that belong to two Venezuelan regions. As a result, the need to include specific elements about the use of informatics in Health-Care Law Project is evidenced, even if the computing of medical history and the conservation of medical secrets involve ethical dilemmas that are not subject to legal restrictions.

Key words: Electronic Medical History, Health Network Information, Medical Secret.

Introducción

En el siglo XXI, con el continuo avance de la ciencia y la tecnología, la reflexión sobre el hombre humano³ ha de asumir un enfoque multidimensional para procurar captar su complejidad y la diversidad de sus aspectos constitutivos. No es posible reducir la comprensión de lo humano a una visión unidimensional. Son múltiples los estudios sobre el ser humano, con variados enfoques y consideración de categorías disímiles; sin embargo, en la actualidad, muchos coinciden en la integridad del

ser humano, como ente vivo, no la singularidad de objeto y sujeto, no la separación mente-cuerpo.

Tal como plantean Najmanovich y Lennie (2006), “este pensamiento dicotómico es un obstáculo fundamental para la construcción de nuevos abordajes de la salud y de las formas complejas de aproximación al ser humano que sufre”, planteando que “la salud debe pensarse en referencia... a la vida misma, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido”. Por ello, conciben “la salud como una relación del

³ Tal como establece Morín (2000) “la antropología prehistórica nos muestra cómo la hominización es una aventura de millones de años [la cual] desemboca en un nuevo comienzo: El homínido se humaniza”, mostrando una necesidad del hombre hacia la humanización (p. 55). Una de las características de lo humano radica en que el hombre es un ser conciente de sus actos, y en tanto éstos son razonados, el hombre se hace responsable de sus actos y puede dar cuenta de los mismos.

hombre con su entorno”, quien se enferma no es el cuerpo sino el ser humano, “esa persona humana dotada de emoción y conciencia, afectiva y capaz de conocer, imaginativa y social, inconsciente y entramada” (p. 2-5); en última instancia es ella la que vive o muere, se trata de su derecho a la salud, como fundamento de vida.

Partiendo de esta perspectiva, y considerando la inminente inclusión de las tecnologías en todos los ámbitos de la actividad humana, el presente trabajo analiza algunas implicaciones asociadas al manejo y resguardo de la información contenida en la historia médica y su paso a una historia electrónica, considerando los riesgos a la privacidad del paciente y concibiendo la información médica, no como secreto, sino como bien social.

La historia médica es eje fundamental para la prestación del servicio de salud, generándose del contacto entre el paciente y el médico, quien recolecta y selecciona la información, sujeta al secreto profesional. Tal como lo define Verdú (2000) “la obligación permanente de silencio que contrae el médico, en el transcurso de cualquier relación profesional, respecto a todo lo sabido o intuido sobre una o más personas”, excepto en aquellos casos previstos en leyes, código ético o deontológico

(p. 1-2). El médico siempre debe guardar silencio, en cualquier acto, sea privado o público, individual o en equipo; todo aquello que logre el médico conocer durante la atención al paciente, es parte del secreto.

Ahora bien, en el sector público, las reformas de salud orientan el uso de TIC como factor clave para el desarrollo de sistemas organizativos y de soporte, que favorezcan la prestación de los servicios con características de calidad, eficiencia y efectividad, teniendo como propósito ofrecer mejores condiciones de vida para la población. Dada la adopción de la historia electrónica se hace éticamente inaplazable analizar las TIC, con una perspectiva de disminuir o evitar una brecha digital, que pudiese transgredir los derechos relacionados con la integridad del paciente.

Para ello, se realiza una revisión de fuentes documentales y se consideran algunas referencias empíricas relacionadas con el subsistema de información clínica⁴, en dos hospitales públicos Nivel IV⁵ ubicados en los estados Zulia y Aragua, Venezuela, asumiendo la salud como derecho social y como una obligación del Estado, contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela –CRBV– (AN, 2000)⁶.

⁴ Este trabajo hace énfasis en la información clínica, formando parte de un estudio sobre sistemas de información en salud, realizado durante el período 2004-2006.

⁵ Prestan atención médica integral en los niveles primario, secundario y terciario, cuentan con más de 300 camas y cubren una población mayor a 100.000 habitantes, con área de influencia superior a un millón de habitantes (Jaén, 2001, p. 39).

⁶ “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el *bienestar colectivo* y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento” (Art. 83). “El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad” (Art. 84).

Se analiza como documento principal el Proyecto de Ley de Salud, aprobado en primera discusión por la Asamblea Nacional (AN, 2004), que apunta hacia la integración con un modelo único sobre la concepción del sistema de información en salud enfatizando aquellos derechos que pudiesen ser transgredidos con la informatización de la historia médica. Se contempla, además, lo establecido en el Código de Deontología Médica (1985) y la Ley del Ejercicio de la Medicina (1982) sobre historia médica y secreto médico, componentes integradores en el manejo de la información clínica.

De la historia médica manual a la electrónica

Desde épocas remotas hasta la actualidad, la historia médica ha sufrido diversos cambios, enfrentando hoy la posibilidad de aplicar los avances tecnológicos al servicio de la humanidad. Las *historias médicas*⁷, establecidas originalmente por Hipócrates, consisten en “escribir la relación de un *padecimiento dada por el enfermo*, ya sea de manera espontánea o mediante el interrogatorio dirigido intencionalmente”, su propósito es analizar la información y conseguir el origen de la patología mediante deducciones lógicas basadas en la experiencia. Sin embargo, no sólo la lógica es imprescindible para la atención médica, Hipócrates recomendaba tomar en cuenta los aspectos mora-

les: “conocer los sufrimientos del paciente, sus hábitos, su hogar, su familia, sus medios de vida, sus creencias, sus costumbres; en una palabra, hacer del enfermo un amigo” (Salinas, 1998, p. 32).

La historia médica, según Zengarini (2004), es el documento que refleja la práctica médica (conducta del médico hacia el paciente durante la atención); y permite velar por el cumplimiento de ciertos deberes del personal sanitario, de allí, su importancia en el ámbito jurídico y administrativo (p. 3), ámbitos estrechamente vinculados con toda actividad humana y, por tanto, moral.

Por su parte, Carnicero (2003) asume que la historia médica es “un conjunto de documentos, tanto escritos como gráficos [que constituyen] la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”, incluyendo datos y valoraciones de cada episodio de enfermedad (p. 24). Dentro de la evolución clínica ha de contemplarse no sólo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, sino también los aspectos morales, de los cuales poco se habla en su definición, prácticamente circunscrita al proceso de enfermedad y al uso técnico de los profesionales del equipo de salud.

La historia médica como instrumento de recolección de información abarca: datos personales, antecedentes, evolución clínica, exámenes de laboratorio, diagnósticos de ingreso y egresos, y tratamientos; pero además, esta información ofrece al gerente del centro de salud datos admi-

⁷ Se hará uso del adjetivo médico para designar la historia, dado que además de información clínica, ésta debe incluir información epidemiológica, socio-demográfica, ambiental y ocupacional, nutricional, científico-técnica, e información administrativa que puede ser utilizada para controlar la gestión de los servicios de salud (Arellano, 2006, p. 38).

nistrativos sobre la prestación del servicio y uso de recursos, permitiendo evaluar el acceso y calidad de los servicios de salud. Particularmente, Carnicero (2003) señala cinco funciones de la historia médica: a) asistencial⁸, cuya finalidad es prestar mejor atención; b) docencia e investigación⁹, tanto clínica como epidemiológica; c) gestión clínica y planificación de recursos asistenciales; d) control de calidad asistencial, que corresponde a la auditoría médica; y e) jurídico legal, como testimonio documental de la asistencia (p. 25)

Los diversos usos de la información contenida en la historia médica requieren condiciones de privacidad y confidencialidad para su manejo¹⁰, a efectos de no transgredir los derechos relacionados con la integridad del paciente. Sin embargo, se presentan conflictos entre el médico tratante y el paciente, por su derecho de acceso a la información contenida en la historia médica¹¹. Estos conflictos discurren desde el respeto a la privacidad de datos hasta un procesamiento legal por cuestionamiento de la praxis médica, pasando por la discusión de casos clínicos patológicos.

La información recabada mediante la historia médica es, tradicionalmente, procesada manualmente; pero acorde a cada época histórica se

tiende a la aplicación de la tecnología de punta existente. En ese sentido, Escobar, Fernández, Hidalgo y Luque (1998) afirman que “tecnología en cualquier actividad humana representa, en términos generales, hablar de evolución, progreso, transformación positiva, superación”; y al aplicarla con precisión, oportunidad y eficiencia a todo ser humano que la requiera, ésta debe traducirse en beneficio (p. 3). En la contemporaneidad surge la posibilidad de implementación generalizada de la historia médica electrónica (p. 3).

Sin embargo, esta transferencia hacia la historia médica electrónica comienza a limitar la posición del paciente, a quien comúnmente se le ha negado el acceso a su información clínica¹², partiendo de diversas acepciones: acceso sin un propósito definido; desconfianza sobre el uso, incluyendo acciones de tipo legal; y desconocimiento del lenguaje técnico, aunado a la ilegibilidad de los registros médicos. El paciente, el verdadero centro de atención de todo servicio de salud, es excluido del proceso de información que le pertenece. Deja de ser sujeto de atención para convertirse en objeto de sumisión, investigación y tratamiento.

Considerando lo planteado por Barreto (2000) el objeto de estudio para el profesional

⁸ Como función básica permite respaldar el diagnóstico y tratamiento de pacientes, realizados por los profesionales de salud.
⁹ Facilitan las investigaciones médicas y contribuyen a optimizar la docencia con estudios de casos para mejorar la formación de los futuros profesionales de salud al enfrentar realidades clínicas de su campo de trabajo.
¹⁰ Condiciones dirigidas a mantener la información en secreto, mediante el uso de claves que garanticen los procesos de identificación, autenticación, nivel de autorización, integridad de la información y auditorías, desde la institución.
¹¹ Verdú (2000, p. 2) destaca “que el dueño moral de la historia médica es el paciente y el médico se convierte en su custodio”, junto con su personal auxiliar.
¹² En centros de atención de salud, por cuestiones de seguridad o extravío, está claramente definido el recorrido de la historia médica y las personas responsables de su movilización. Ni siquiera el mismo paciente puede trasladarla.

de salud es, a la vez, sujeto¹³; por tanto, las interacciones recíprocas que se establecen con cada enfermo deben reflejarse en la historia. Por ello, plantea que el equipo de trabajo tiende a ser multi e interdisciplinario, exigiéndose una información comprensible para todos sus integrantes, inclusive el personal administrativo, técnico o científico, no médico (p. 2).

El subsistema de información clínica incluye datos que comprenden un registro completo del paciente utilizado para la continuidad de su atención en la institución a lo largo del tiempo y accesible a los diferentes profesionales de salud consultados, como apoyo a las decisiones y acciones clínicas del médico tratante. Estos datos específicos ameritan ser comprensibles, manejables y discutibles, pero con ciertas restricciones, para ofrecer confiabilidad a la información y privacidad al paciente.

En los hospitales estudiados, en la mayoría de los casos (sea en consulta externa o en hospitalización), los registros en la historia médica se elaboran, en forma manual, lo cual implica una acumulación de anotaciones en papel, producto de una lenta transcripción y recuperación de datos al ser procesados. Las condiciones para el manejo y almacenamiento de esta información requieren un ingente espacio físico, y cuando se tiene poca disponibilidad de espacio se limita su accesibilidad, tanto de las actividades de docencia e investigación de casos clínicos, como en su procesamiento estadístico para el acceso del mé-

dico tratante a los antecedentes del paciente y el riesgo de adquisición de enfermedades respiratorias micóticas propias de una papelería mantenida por años en inadecuadas condiciones de seguridad.

Para quienes utilizan la historia médica electrónica, este acceso inmediato a los antecedentes y a la información podría contribuir a una compresión integral y solución de los problemas de salud. Sin embargo, para Dawidowski, Luna, Soto y González (2002) la implementación del sistema de historias médicas electrónicas en cualquier institución puede llegar a ser un proceso doblemente traumático, debido a dos razones: resistencia de los médicos y por las reformas político-institucionales necesarias para la implementación (p. 94); a éstas subyace el problema del desplazamiento del personal requerido para el manejo y procesamiento de las historias.

Algunos científicos (Boletín al día, 2003) opinan que “las historias médicas electrónicas podrían reducir significativamente peligrosos errores médicos”, acotando la necesidad de establecer estándares para el tratamiento seguro de la información en pro de una red consistente, con posibilidad de intercambio de información en salud y acceso en tiempo real de los datos médicos de una persona en cualquier parte del mundo (p. 1), y de consulta con expertos en la patología estudiada, de la técnica discutida y de los más recientes avances administrativos, quirúrgicos y terapéuticos en general.

¹³ No sólo como dicotomía, sino entender al ser vivo y humano.

Sin embargo, no se trata de homogeneizar¹⁴, sino en lo posible, construir aplicaciones que contribuyan a la gestión de la salud, de acuerdo a las realidades propias de cada región. Particularmente, el despliegue sobre el uso de aplicaciones de informática en salud en América Latina y el Caribe, como regiones captadoras de tecnologías, debe pensarse como un modelo integral de información de salud, acorde a exigencias administrativas, distribución de información médica y de salud, y utilización de tecnologías que permitan compartir múltiples aplicaciones; sin olvidar las particularidades del contexto latinoamericano, nuestra idiosincrasia.

El problema sobre la resistencia de los médicos a la incorporación de un sistema de historias médicas está asociado a aquello que los afecta directamente, no como un rechazo a los beneficios de las tecnologías de información. Dawidowski y otros (2002) destacan áreas conflictivas, en un estudio de caso sobre implementación de historias médicas electrónicas, relacionadas con: a) temor a la pérdida de privacidad personal y profesional; b) daño a la relación médico-paciente; y, en general, c) deshumanización de los profesionales de la salud, las cuales están enfocadas en creencias de los médicos y sus intereses, más que en convicciones por el uso de las TIC. Destacan que la resistencia hacia la historia médica electrónica se evidencia

por considerar el registro médico como un acto no médico, sino administrativo¹⁵ (p. 94).

Por ello, la posibilidad de informatización de la historia médica puede contener implícito un rechazo al uso de TIC por parte de los profesionales de la salud y de los responsables de los registros médicos. Además, otros intereses involucrados (gremios de profesionales médicos, diseñadores de sistemas, directores de centros de salud) convierten al paciente en el actor más débil de la relación, en cuanto al poder que otorga el manejo de la información.

Dado que la historia electrónica puede comprender una perspectiva de acceso a la información en red¹⁶, se requieren medidas de seguridad para promover las ventajas de centralización de información, fácil manejo, rápido procesamiento, consultas simultáneas y toma de acciones ágiles por información en tiempo real evitando la lesión o afectación del paciente, ya vulnerable y vulnerado.

Tal como sugieren Saltman y Figueras (1997), los sistemas de información pueden estar a disposición de diversos miembros del equipo de salud, acotando que requieren: a) limitaciones de acceso mediante claves para resguardar la confidencialidad de los datos; b) flexibilidad, para incorporar directrices asistenciales; c) despliegue de información clínica directa de cada paciente para

¹⁴ Intento realizado por la OPS con la implantación del WINSIG, un sistema en plataforma Windows sobre el control de gestión de los hospitales con énfasis en costos, que en el caso venezolano no pudo ser adaptado.

¹⁵ "Sobre el registro médico pesa una fuerte connotación desvalorizante: el que escribe en la residencia médica es el residente recién ingresado, el más novato. A medida que avanza en la residencia tiene menos responsabilidades como escriba y los médicos ya formados, los 'staff', no escriben, piensan" (Dawidowski y otros, 2002, p. 99).

¹⁶ Desarrollos apoyados con el uso de internet, que contribuyen a proyectos de telemedicina.

una adecuada atención médica; y d) cumplimiento de las políticas epidemiológicas y de gestión a nivel poblacional (p. 270).

Aun cuando las TIC fomentan el diseño de un sistema de información de salud en red que contribuya a la práctica médica, en aras de brindar una atención rápida y eficiente, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002) “el desarrollo de las TIC ha sido fundamentalmente impulsado por el mercado, el cual moviliza el progreso tecnológico pero no necesariamente las tecnologías necesarias para disminuir la exclusión” (brecha digital). Afirman que las TIC pueden usarse como instrumento de conectividad pero con una perspectiva de inclusión, teniendo como elemento central la vertiente cultural (contenidos, capacitación y gestión institucional) (p. 20); luego, será necesario establecer lineamientos para la formación de personal que promueva el desarrollo de contenidos acordes a las exigencias institucionales.

Ahora bien, Martí y Buisán (1988) plantean que el secreto médico podría encontrarse en serias dificultades, dado los avances del uso de la informática en el campo de la medicina; sin embargo, “sería absurdo que, en aras de la preservación del secreto, se propugnará el no uso de esta técnica”, la cual ofrece una multiplicidad de beneficios¹⁷ (p. 100). El manejo de una información privada, confidencial ha de ser resguardada por todos y cada uno de las

personas que por algún motivo puedan tener acceso a ella. Se trata de una información que no podría salir de las discusiones científico-técnicas y tecnológicas propiciadas para el bienestar del paciente.

El progreso tecnológico, desde mediados de siglo XX ha aumentado prodigiosamente el poder médico, “tanto de sanar como de cambiar la vida [por lo que] se hacía necesaria una nueva ética”, con base en principios que fueron señalados inicialmente en el llamado Informe Belmont (1978, citado en Cortina, 1999), a saber: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

En este sentido, la confidencialidad en el manejo de información presenta implicaciones éticas relacionadas con estos principios. Los procesos de modernización de la gestión pública en el sector salud involucran múltiples intereses (formulación de políticas, control de praxis médica, atención eficaz y, a la vez, eficiente) destacando aquellos relacionados con la inclusión de tecnologías de información¹⁸. Por ello, se hace preciso analizar las implicaciones éticas relacionadas con la informatización de la historia médica.

La digitalización del secreto médico en Venezuela

La era informacional propicia el desarrollo de TIC y su utilización puede impulsar la moderni-

¹⁷ Algunos de los cuales son intangibles, específicamente en el caso de la salud, dado que involucran al ser humano con altos componentes de índole cualitativo.

¹⁸ En el caso específico venezolano, cabe destacar que el desarrollo de sistemas de información debe cumplir con el establecimiento del uso de software libre en la Administración pública (Decreto 3390), lo cual limita el uso de tecnologías enmarcadas en software propietario, con respecto al cual tienen preponderancia los intereses de compañías transnacionales como poseedores del diseño y desarrollo de tecnologías.

zación en ciertos sectores, pero se presentan diversas disyuntivas relacionadas con la sociedad y sus efectos sobre el colectivo. Según Jardines (2002), “existe una tendencia al alejamiento en el aspecto humano y un debilitamiento en la defensa de los valores más puros del hombre” (p. 2).

Desde la perspectiva del usuario de los servicios de salud, la informatización de la historia médica involucra derechos civiles que pueden ser transgredidos, entre ellos, protección del honor y privacidad (art. 60 de la CRBV), así como aquellos relacionados con: maltrato por autoridad, inviolabilidad del hogar, secreto de las comunicaciones y derecho a la información (art. 46, 47, 48 y 58, respectivamente), como garantía de los principios de libertad e integridad de las personas. Por ello, la defensa de estos derechos debe estar orientada a la discusión crítica del manejo de la información contenida en la historia médica.

Dada la posibilidad de vulnerar la integridad de las personas con la informatización de la historia médica, a continuación se analizan algunas disposiciones esenciales establecidas en la CRBV (AN, 2000) que implican restricciones relativas a la práctica médico sanitarias, así como a la información y comunicación en salud:

- a) “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral,... Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley” (artículo 46, numeral 3)

Dicho consentimiento debe constar en la respectiva historia médica, exceptuando los casos de emergencia, cuando por estado de inconsciencia o gravedad, el médico inicia la atención sin elaborar la historia médica, sin el consentimiento del paciente o debido a la ausencia de familiares; este proceso no puede omitirse después de ofrecer el servicio, especialmente, si el paciente debe ser hospitalizado.

Tal como lo plantea Gómez (2001), “el consentimiento informado del paciente no se requerirá cuando la cesión de datos personales relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia...o estudios epidemiológicos” (p. 120). Cuando un paciente es atendido por emergencia, el paciente pasa a ser sólo un dato de morbilidad por lo cual no habría daño a su integridad. Con respecto a la información epidemiológica, priva el bienestar colectivo dado que esta estadística es utilizada para representar el estado de salud de las poblaciones.

- b) “El hogar doméstico, el domicilio, y todo recinto privado de persona son inviolables.... Las visitas sanitarias que se practiquen, de conformidad con la ley, sólo podrán hacerse previo aviso de los funcionarios o funcionarias que las ordenen o hayan de practicarlas” (artículo 47).

Esta disposición está relacionada básicamente con tres tipos de visitas: a) las de naturaleza preventiva (vacunación, fumigación, otras); b) las generadas por la existencia de un foco infecto-contagioso; y c) las correspondientes a actividades de investigación. Estos casos determinan la salud de una población, y aunque la historia médica electrónica permita programar las visitas de control

sanitario, éstas no podrán ser realizadas sin la autorización del paciente, familiar directo o responsable de la vivienda. En los hospitales estudiados, la información epidemiológica no se encuentra integrada a la estadística de la historia médica.

- c) “Se garantiza el secreto e inviolabilidad de las comunicaciones privadas en todas sus formas. No podrán ser interferidas sino por orden de un tribunal competente, con el cumplimiento de las disposiciones legales y preservándose el secreto de lo privado que no guarde relación con el correspondiente proceso” (artículo 48).

En cuanto a la informatización, este derecho se encuentra soportado por el Decreto con fuerza de Ley de Mensajes de Datos y Firmas Electrónicas (2001), cuyo principal objetivo es “adoptar un marco normativo que avale los desarrollos tecnológicos sobre seguridad en materia de comunicación y negocios electrónicos, para dar pleno valor jurídico a los mensajes de datos”. Cualquier desarrollo futuro sobre transmisión electrónica de historias e informes médicos estaría regido por las anteriores disposiciones, a fin de garantizar la integridad y privacidad de las personas.

- d) “La comunicación es libre y plural, y comporta los deberes y responsabilidades que indique la ley. Toda persona tiene derecho a la información oportuna, veraz e imparcial, sin censura, de

acuerdo con los principios de esta Constitución, así como el derecho de réplica y rectificación cuando se vean afectados directamente por informaciones inexactas o agraviantes. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir información adecuada para su desarrollo integral” (artículo 58).

“Toda persona tiene derecho a la protección de su honor, vida privada, intimidad, propia imagen, confidencialidad y reputación”, por lo cual prevé que “la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y ciudadanas y el pleno ejercicio de sus derechos” (artículo 60).

En el marco de la CRBV, el paciente tiene derecho a conocer la información de su historia médica, así como los riesgos implícitos que pudiese acarrear ser procesada y difundida por medios electrónicos. Se requiere establecer restricciones al uso de la informática, de manera que no afecte la integridad de los ciudadanos. A este respecto, se encuentra promulgada la Ley Especial contra Delitos Informáticos (AN, 2001), como soporte a la custodia de los datos que son manejados mediante mecanismos informatizados¹⁹.

Respecto a los derechos de las personas, el Proyecto de Ley de Salud –PLS– (AN, 2004) prevé

¹⁹ Para la informatización de la historia médica se considerarían: Cap. I (Delitos contra los sistemas que utilizan TI) y Cap. III (Delitos contra la privacidad de las personas y de las comunicaciones), dado que son clasificados como datos altamente sensibles. Estos tipo de datos, según Gómez (2001), deben cumplir condiciones jurídicas para su tratamiento, por tanto, su digitalización requiere mayores exigencias (p. 21).

en su artículo 61: “La apertura de una historia médica personal y confidencial que garantice la continuidad asistencial... recibir y obtener información oportuna, veraz y en términos comúnmente comprensible, acerca de todo su proceso de salud y enfermedad, las distintas modalidades diagnósticas y terapéuticas, y las condiciones peligrosas..., con el propósito de hacer efectiva la autodeterminación y autonomía de su voluntad”. Además, incluye: “Respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que puedan ser expuestas públicamente ni discriminadas por ninguna razón” y se exige “confidencialidad en relación con la información médica sobre su persona”.

Este artículo de la ley es cónsono con lo planteado en el artículo 58 de la CRBV (AN, 2000) sobre el derecho a la información, para respetar el principio de autonomía, y el artículo 60 sobre el respeto y confidencialidad, para garantizar su intimidad. Asimismo, se plantea que toda persona tiene derecho a “emitir consentimiento expreso, informado y entendido en proyectos de investigación experimental en seres humanos, o rehusar su participación”, acorde a lo señalado en el artículo 46 en la CRBV. Se evidencia, de esta manera, que existe correspondencia en cuanto a los derechos civiles contemplados en la constitución y en el PLS (AN, 2004). Particularmente, este proyecto adolece de aspectos particulares relacionados con el tratamiento informatizado de datos médicos.

En el caso del Código de Deontología Médica (FMV, 1985) se incluye un capítulo sobre el

secreto profesional y del uso de las computadoras en medicina. Específicamente, el artículo 125 señala, explícitamente, los casos no aplicables a violación de secreto médico: en casos de emergencia para salvar vida u honor de las personas; divulgación cuando el paciente autoriza al médico o por mandato de ley, ya sea encargado por una autoridad competente para dictaminar sobre el estado de salud de una persona, médico forense o médico legista; denuncia de enfermedades de notificación obligatoria, de estadísticas para control sanitario, de expedición de certificados de nacimiento, defunción o cualquier otro; autorización por parte de representantes legales del paciente, y para impedir la condena de un inocente. Excluye, también, la información dada a organismos gremiales médicos de asuntos relacionados con la salud de la comunidad por cuanto atañe al ejercicio de la medicina. De manera similar, se encuentra estipulado en el artículo 47 de la Ley de Ejercicio de la Medicina establecida por el Congreso de la República de Venezuela (CRV, 1982).

Aun en estos casos el médico podrá abstenerse de cualquier tipo de revelación según su juicio valorativo, exceptuando el de orden judicial. Acotando que cualquier revelación, aun con autorización del paciente no lo exime de las acciones penales que pudieran surgir de tal hecho art. 127 (FMV,1985). Además de las numerosas excepciones, los artículos²⁰ 130 y 131 señalan que “el médico sólo puede suministrar informes respecto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un enfermo a sus allegados más inmediatos...

²⁰ En correspondencia con los artículos 48, 49 y 50, de la Ley de Ejercicio de la Medicina.

y el médico puede compartir su secreto con los otros médicos que intervienen en la elaboración del diagnóstico y en el tratamiento del enfermo”, respectivamente. Luego, el secreto médico puede llegar a ser una responsabilidad compartida, no sólo del médico sino del equipo de salud y cualquier personal técnico administrativo que pueda tener acceso a la información contenida en la historia médica.

Ahora bien, Martín (2004) plantea, desde un enfoque ético de la información, que cualquier profesional que se encuentre relacionado con la producción y uso de la información “necesita prepararse adecuadamente para proporcionar a la sociedad una información objetiva y verdadera; pero además, y principalmente, ha de obrar con el propósito primordial de promover y defender los derechos e intereses derivados de la dignidad de la persona” (p.88), en la búsqueda no sólo de bienes individuales, sino de bienes colectivos. De allí la relevancia de la formación ética de todo el personal involucrado en la atención de pacientes, así como el personal de salud e informática, a fin de enfrentar los retos en el manejo de este tipo de información, la cual, desde un enfoque integral, representa un bien social por su vinculación con la calidad de vida.

Tal como lo contempla el artículo 51 de la Ley del Ejercicio de la Medicina - LEM - (FMV, 1985), “el paciente tiene derecho a conocer la verdad de su padecimiento”. El médico tratante escogerá el momento oportuno para dicha revelación y la forma adecuada de hacerla”; considerando que “el secreto médico... es inviolable... y se impone para la protección del paciente” (art. 46), lo cual

es una responsabilidad no sólo del médico sino del equipo de salud.

La disposición de este tipo de información se encuentra establecida como derecho, pero es preciso plantear la diferencia entre tener el derecho y ejercerlo; las personas poco informadas, no tendrían el poder para ejercer sus derechos. Por ello, se requiere la disponibilidad de información suficiente, pertinente y oportuna para los usuarios de los servicios por parte de los profesionales de salud, a fin ejercer sus derechos, indistintamente de sus características individuales.

De esta manera, el análisis se orienta sobre la función valorativa del médico para cumplir con su juramento hipocrático y mantener el secreto profesional. A este respecto, D'Empaire (1997) plantea que “las nuevas generaciones de médicos, se han formado dentro de un ambiente eminentemente técnico, para cumplir su principal función de salvar vidas. En contadas excepciones, estudiantes de medicina de hoy y los médicos jóvenes, han recibido una formación que los haga meditar sobre los valores y derechos de los enfermos” (p. 3). Esto podría explicar la actitud insensible o inhumana que el médico puede mostrar al cumplir con su obligación técnica, distanciándose de hacer del enfermo un amigo (Hipócrates), y percibir en ese amigo a una ser vulnerable.

Para Martí y Buisán (1988), el médico establece los límites del secreto, él decide cuándo debe o puede vulnerarlo. De esta manera, “es la propia conciencia del médico la que en definitiva determinará el verdadero objeto del secreto, ya que sólo él es el conocedor de las circunstancias,

condicionamientos y beneficios que puede dar al paciente” (p. 90,92). Entendiendo que el paciente está impregnado de vulnerabilidad²¹, para Stallsett (2004), se exige “el otro lado de la vulnerabilidad [como] derecho a la protección y necesidad de seguridad en un sentido amplio” (p. 149). Es decir, la vulnerabilidad propia del ser humano, acentuada en su condición de paciente, requiere el derecho a la protección de una vida digna.

Por lo anterior, lo discutido sobre los derechos en las diferentes disposiciones legales, muestra la intención de brindar protección, en el caso específico del uso de la informática y del acceso a la información clínica. Sin embargo, la protección de los datos se encuentra en manos de los profesionales de salud que tendrán acceso a la información, por diversos motivos, ya sean clínicos, científicos o de procesamiento, más allá de los mecanismos de seguridad en los sistemas electrónicos que puedan ser utilizados.

Cuando el secreto médico es abandonado a la propia conciencia del médico se convierte en elemento de poder, control y sujeción del paciente; olvidándose que la información le pertenece al paciente, a menos que se ponga en riesgo la vida propia o la de terceros. Ejemplo de ello son los casos de enfermedades de denuncia obligatoria, donde el secreto médico ha de ser violentado en beneficio de la comunidad.

Por ello, Barreto (2000) insiste que las historias médicas establecen el formato para el regis-

tro de los datos, pero estos quedan a juicio del médico, con diversas implicaciones prácticas como: a) Deficiente uso del lenguaje médico (terminología y gramática); b) formas puramente descriptivas con ausencia de pensamiento médico y juicio clínico; c) presencia de información no válida; d) concepción de la historia como un elemento estático; y e) ausencia del carácter explícito de decisiones médicas (p. 54:55). Una historia electrónica no disminuye la posibilidad de estos inconvenientes, no se trata de cómo elaborar la historia médica, sino de actos de conciencia médica que precisen la información suficiente y necesaria, confiable, inteligible y pertinente, para ofrecer un servicio tan preciado para la vida humana como lo es la salud.

Avances en la informatización de historias médicas en Venezuela

En el caso venezolano, cualquier desarrollo de sistemas de información en salud está sujeto a las políticas definidas por el sector, las cuales responden a las directrices de los procesos de reforma en la salud de la región latinoamericana con una alta influencia de organismos multilaterales. Desde principios de los 90's una de las acciones relevante fue la descentralización de competencias hacia las regiones, buscando mayor autonomía para facilitar los cambios hacia un modelo de mercado. La descentralización fue factor determinante para la disparidad presente entre las regiones en cuanto a los avances en sistemas de información, el cual

²¹ Entendida como la capacidad de ser herido.

no fue realizado en forma simultánea²² y cada región desarrolló su proyecto de salud, coherente con el enfoque político del gobierno regional.

Esta divergencia entre los enfoques regionales conlleva a recolectar y procesar información de forma sesgada, sea que el sistema de salud responda a una tendencia curativa o preventiva, lo cual no hace posible una integración coherente de la información; apenas puede ser utilizada para la toma de decisiones institucionales, y resulta restringida para el diseño de políticas nacionales. Frente a esta situación, la instalación y puesta en marcha del Sistema de Información basado en el Modelo de Atención Integral (SISMAI)²³, en aquellos estados que iniciaron el proceso de descentralización, ocasionó, en algunas de ellas, inconvenientes que limitaron la consecución de sus objetivos preliminares.

Las entrevistas realizadas²⁴ sobre el registro informatizado de datos de la historia médica al personal de dos hospitales públicos Nivel IV²⁵ ubi-

cados en los estados Zulia y Aragua²⁶, Venezuela, permiten evidenciar algunos problemas relacionados con: a) textos ilegibles de los profesionales de la salud que afectan la calidad de la información y restringen su uso; b) inexistencia de análisis sobre la información recolectada a efectos de sistematizar aquella que sea relevante y pertinente para la toma de decisiones; y c) poco análisis para establecer adecuada relación costo-beneficio, respecto al volumen de información procesada y su uso.

En el caso del Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe (HGS), ubicado en el Estado Zulia (Zona Occidental), el Departamento de Registros de Estadísticas de Salud (RES) presentó conflictos durante los años 2002-2003, dado que no suministraba las historias médicas a las consultas, ocasionando la suspensión del registro histórico de información clínica. Algunos médicos, por sentido de responsabilidad, llevaron historias parciales que archivaban en los espacios de consulta externa. Las razones de esta acción obedecieron a:

²² El primer grupo firmó acuerdos de transferencia entre 1993 y 1995, estuvo constituido por los estados: Aragua, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Sucre, Táchira y Trujillo. En el segundo grupo integrado por las regiones que firmaron acuerdos a partir de 1997, se encuentran: Apure, Guárico, Nueva Esparta, Portuguesa, Yaracuy, Municipios Libertador y Vargas. El tercero estuvo integrado por las regiones que no firmaron acuerdo alguno, entre ellas Amazonas, Barinas, Cojedes y Delta Amacuro, o como el caso del Zulia que lo suscribió en 1994, pero que luego fue revertido (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos, 2002:2).

²³ Desarrollado en función del individuo y su entorno, que combina lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, a partir de una interacción del equipo de salud, el paciente y su familia, con el propósito de hacer una evaluación total del individuo, y propiciar condiciones de salud para la prevención de enfermedades (López, 1999, p. 47:49).

²⁴ Entrevistas abiertas utilizando una guía como instrumento, cuyas variables de análisis fueron la entrada, procesamiento y salida del subsistema de información clínica en los departamentos responsables del registro de datos médicos, dirigidas a jefes y auxiliares.

²⁵ Prestan atención médica integral a todos los niveles (primario, secundario y terciario), cuentan con más de 300 camas y cubren a una población mayor a 100.000 habitantes, con un área de influencia superior a un millón de habitantes (Jaén, 2001, p. 39).

²⁶ Cada hospital responde a orientaciones políticas diferentes. En el caso del Zulia, ha predominado la orientación neoliberal, en franca oposición al gobierno nacional, y en Aragua durante los últimos períodos su enfoque se ha orientado hacia un modelo de justicia social, en alianza con el gobierno nacional, alianza que ha sido quebrantada por dirigentes del partido PODEMOS.

insuficiencia de personal, no acorde al número de historias que debían ser manipuladas diariamente; e insuficiencia de espacio físico para su almacenamiento.

Cabe destacar que los registros de este periodo, como una situación eventual, se traducen en una alteración de la estadística de epidemiología modificando la integralidad del sistema de información y en detrimento de la continuidad en el proceso de evaluación de los pacientes, así como de la confiabilidad. Sin embargo, no se tienen disposiciones regulatorias que puedan controlar estas anomalías.

La deficiencia de espacio físico obedece al tiempo de operatividad del hospital²⁷. Por ello, la informatización de las historias se inició con dos vertientes: (a) Registrar Tarjeta Índice²⁸, para identificar al paciente y ubicar su historia, utilizando en plataforma Windows, un sistema programado en Visual Fox Pro, que incluye una base de datos mínima²⁹: número de historia, datos de identificación del paciente (nombre, cédula, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento) y el servicio de consulta u hospitalización por el cual ingresa; y (b) Digitalizar historias pasivas³⁰ mediante scanner y

siendo almacenadas en un sistema diseñado por personal del mismo hospital. Estas modalidades no están dispuestas directamente para la informatización de la historia médica, pero contribuyen a la construcción de la base de datos.

Por otra parte, el departamento de RES del HGS procesa manualmente la información recopilada por la atención de los pacientes en consulta externa, hospitalización y emergencia, con énfasis en la recolección general de estadísticas de enfermedades, de acuerdo a las actividades clínicas realizadas en el hospital e información epidemiológica, la cual es transcrita en los reportes epidemiológicos, generando la mayor parte de la información hacia las unidades de epidemiología, con el propósito de mantener información sobre los patrones y tendencias de las enfermedades del colectivo³¹. A pesar de ciertas dificultades, la información relacionada con morbilidad, mortalidad y consultas se recolecta diariamente.

En el HGS, el uso de la historia médica persiste en formato impreso con su respectiva elaboración manual, aunque se ha iniciado cierta automatización en el manejo de las mismas; existe un riesgo de pérdida de información dada su antigüedad.

²⁷ El hospital tiene 60 años de fundado (1948)

²⁸ Las tarjetas se encontraban deterioradas por la constante manipulación.

²⁹ Este sistema permitiría: a) verificar existencia de la historia médica del paciente y evitar duplicidad en su elaboración, teniendo acceso en red la unidad de admisión y las consultas externas; b) agilizar la ubicación de la historia física; y c) adecuar el ambiente físico, evitando la absorción de polvo y humedad de las tarjetas; y c) cuantificar pacientes remitidos por primera vez por servicio y por periodo.

³⁰ Historias con más de 30 años sin movilizarse, por lo cual consideraron como tiempo adecuado para dejar activas aquellas historias con una antigüedad aproximada de 24 años, realizando, además, de análisis de casos particulares.

³¹ Cabe acotar que esta información se registra como dato sin afectar la integridad de los pacientes, pero su uso permite establecer el estado de salud de un grupo poblacional.

dad, las cuales mantienen su valor investigativo. No se encuentra definida aún una disposición legal sobre el destino de las historias físicas, estableciendo que su archivo impreso debe mantenerse.

En el Hospital Central de Maracay (HCM), estado Aragua (Zona central del país), el Departamento de Registros Médicos e Información en Salud trabaja desde 1999 con el sistema COSMOSA-LUD³², posee un registro parcial de los pacientes atendidos en el hospital y se mantiene el archivo físico de las historias, está diseñado para procesar información de hospitalización, emergencia, consulta externa y quirófano, aunque no es utilizado adecuadamente³³. Las estadísticas de frecuencias definitivas son procesadas en hojas de cálculo (Excel) de forma externa al sistema, contemplando diversos parámetros de los servicios de atención médica e información dirigida a la unidad de epidemiología, lo cual evidencia la adquisición del sistema como paquete computarizado, dado que el sistema no fue adaptado a los requerimientos particulares de información del departamento³⁴.

Con esta informatización de la historia médica se observó una trasgresión de los derechos

de las personas, dado que los registros del área de hospitalización se realizan después de la atención al paciente, quien desconoce su inclusión en un computador³⁵. El uso de este tipo de sistemas puede percibirse como una mejora en los sistemas administrativos del hospital, pero sus directivos están obligados³⁶ a ofrecer a los usuarios de los servicios de salud información sobre el registro digitalizado de sus datos. Éstos pueden no exigir sus derechos por desconocimiento, pero los profesionales de la salud no pueden desconocer que deben requerir al paciente el consentimiento informado para este tipo de procesamiento.

Con respecto a la responsabilidad en el registro de la información clínica, se han presentado conflictos entre médicos y auxiliares de registros médicos e información en salud, destacando un particular desinterés en los médicos por la transcripción de los datos³⁷ y este desarrollo informático. Considerando el volumen de estadísticas manejadas sobre los registros médicos, se evidenció poca disposición por parte del personal a utilizar tecnologías de información, presentando cierta habituación en el manejo manual de las mismas;

³² Programa para control y registro de estadísticas de salud, utilizado por el Servicio de Registros Médicos e Información en Salud, responsable de su administración. Otros usuarios (médicos, estudiantes, otros) pueden tener acceso a la información previa autorización. Este software fue comprado a la empresa Española TRANSTOOL's, la cual entregó los códigos fuente del programa y adiestro al personal de informática para realizar modificaciones generales y de adaptabilidad. El lenguaje del desarrollo del programa es COSMOS y la base de datos MultiBase.

³³ Se evidenció procesamiento inadecuado en algunas áreas: a) consulta externa, sólo emite la lista de pacientes citados por día y por servicio, para ubicar las historias y entregarlas por servicio; y b) hospitalización, presentó pacientes ingresados por emergencia pero no registrados en el sistema.

³⁴ Aún cuando el personal de informática fue adiestrado en el uso y modificación de reportes.

³⁵ No se presentaron evidencias de información hacia los pacientes sobre la digitalización de sus datos

³⁶ Ver Artículo 135. Código de Deontología Médica de Venezuela

³⁷ Dado que se percibe como un trabajo mecanizado.

quizá esta automatización puede ser vista como una pérdida del empleo o desplazamiento de personal hacia otras actividades³⁸.

Esto demuestra que más allá de la implantación de sistemas, que pueden traducirse en ventajas para el procesamiento de información, deben considerarse las implicaciones colaterales que las mismas pueden tener en un área tan crítica como es el servicio de salud y cuyos datos son considerados altamente sensibles.

En términos generales, los sistemas asociados a los registros médicos han sido desarrollados como paliativos de determinadas situaciones locales (en el caso específico del HGS). La falta de un sistema único de información en salud manifiesta riesgos para el manejo de la información médica, incluyendo errores, duplicidad e incumplimiento de algunas regulaciones, coadyuvando a transgredir los derechos de privacidad del paciente.

A pesar de estas diferencias regionales, adquiere importancia el desarrollo y uso de la informática en el sector salud, a fin de garantizar agilidad en el manejo de la información existente y establecer prioridades sobre los diversos requerimientos de información, que contribuyan a la promoción y prevención de la salud y, por ende, una mejora en la calidad y acceso a los servicios de salud.

Estas perspectivas no son las únicas que rondan este cambio, será necesario proveer a los sistemas de información clínica con la integración

suficiente para que las mejoras técnicas puedan plasmarse en los procesos organizacionales y lograr el consenso entre diversos intereses. Sin menospreciar que este inminente cambio, viene asociado a la presencia y discernimiento de dilemas éticos en el personal de salud, para efectos de disminuir los conflictos relacionados con el manejo y poder de la información, y los riesgos asociados a la integridad y privacidad de los pacientes.

Conclusiones

Desde la perspectiva administrativa, la historia médica permite evaluar la eficacia de procedimientos médicos y la eficiencia en el uso de recursos al cuantificar los servicios ofrecidos; pero, se presenta como un obstáculo para los administradores: las restricciones que los técnicos de registros médicos le adjudican al suministro de la información contenida en la historia.

En las instituciones hospitalarias estudiadas se evidencian adelantos en el paso de la historia manual a la historia electrónica; sin embargo, predomina la utilización de formatos manuales acompañados de problemas de disposición de espacio físico para almacenamiento, lentitud en el proceso de transcripción, recuperación de la información e ilegibilidad.

El código de deontología médica sigue siendo el instrumento de discusión y guía para los ca-

³⁸ En el área de hospitalización los registros son realizados por las auxiliares, presentando dificultades al leer la historia médica, lo cual genera limitaciones sobre la confiabilidad de la información. En otras áreas, el registro es realizado por técnicas en informática, como simples transcriptoras dado su desconocimiento sobre la información básica de una historia médica y sobre el código internacional de enfermedades.

sos de violación del secreto médico, puesto que la práctica médica como acto humano, implica un acto moral cuyo tribunal es su propia conciencia del médico. Sin embargo, son necesarios e imprescindibles los instrumentos legales porque garantizan los derechos civiles establecidos constitucionalmente evitando una posible transgresión. El proyecto de Ley de Salud deberá incluir disposiciones específicas relacionadas con el uso de la informática para el registro de la información médica, debido a la prospectiva de su implementación en las instituciones hospitalarias públicas venezolanas.

La automatización de la información clínica implica la posibilidad de participación de actores con mayor diversidad y acceso a esta información; por tanto, el resguardo del secreto médico supondría afrontar una mayor cantidad de dilemas éticos de estos profesionales y de cualquier otro profesional vinculado al manejo de la información, requiriéndose restricciones morales, legales y técnicas especiales, sin negar la importancia de las regulaciones actuales correspondientes.

Una plataforma en red con la perspectiva de un Sistema Nacional de Información de Salud (art. 42, AN, 2004), podría ofrecer algunos beneficios que faciliten: a) el acceso inmediato a la historia; b) el intercambio de experiencias entre médicos e investigadores; c) el control de los servicios de salud; y d) la toma de decisiones clínicas integrales. Sin embargo, el gremio médico lo percibe como un riesgo por el control de la praxis médica, lo cual puede disminuir el interés de este actor en propiciar su aplicación.

Finalmente, aún cuando la informatización de las historias médicas se plantea en el sector salud con el propósito de ampliar el acceso a la salud del colectivo y elevar la calidad de vida de las comunidades atendidas, ha de recordarse que los servicios de salud, en términos generales, aún se encuentran dentro de un modelo neoliberal, que antepone determinados intereses económicos, científicos y tecnológicos a la condición humana, lo cual le confiere un alto riesgo a la vida y salud de los pacientes y cuestiona la praxis médica por el olvido, descuido y abandono de principios éticos universales como son la dignidad, igualdad e integridad.

Bibliografía

- Arellano, M. (2006). Informatización de las historias médicas. Aspectos técnicos, políticos y éticos. Trabajo de ascenso. Manuscrito no publicado, Universidad del Zulia.
- Asamblea Nacional (2000). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial Extraordinaria No. 5.453. Venezuela.
- Asamblea Nacional (2001). Ley especial contra los delitos informáticos. Gaceta Oficial No 37.313 de fecha 30-Oct-2001.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2004). Proyecto Ley de Salud, aprobado en primera discusión (Oct-2004). Recuperado 30 de agosto de 2006 en www.asambleanacional.gov.ve.
- Barreto, J. (2000). *La historia clínica: documento científico del médico*. En Revista Ateneo Vol 1 (1):50-55. Recuperado el 16 de junio del 2004, en http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf

- Boletín Al día (2003). *Estados Unidos: registros electrónicos de salud reducirían errores médicos*. En INFOMED. Cuba. Recuperado el 25 de noviembre de 2003 en <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=8231>
- Carnicero, J. (2003). *De la Historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica*. En V Informe SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Recuperado el 8 de junio del 2004, del sitio web de la Sociedad Española de Informática de la Salud. <http://www.seis.es/jsp/base.jsp?contenido=/jsp/publicaciones/inforseis.jsp&id=5.2&informeid=3&titulo=>
- Congreso de la República de Venezuela (1982). Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial No 3002 de fecha: 23-Ago-1982.
- Cortina, A. (1999). “Justicia médica”, (7 de Septiembre). *El país*. Recuperado el 22 de mayo de 2004 en <http://www.etnor.org/html/pdf/adela/200300081.pdf>
- D’Empaire, G. (1997). Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico. En Cuadernos del Programa Regional de Bioética, N° 4. Recuperado el 7 de Agosto de 2004, del sitio web de la Asociación de Bioética Clínica <http://www.bioetica.org/ve/fixed10.htm>
- Dawidowski, A., Luna, D., Soto, M. y González, B. (2002). “La historia clínica electrónica desde la perspectiva del médico: Expectativas e Impacto”. Simposio de Informática en Salud. Recuperado del sitio Web <http://www.sis.org.ar/sis2002/paperssis/SIS50.pdf>. Consulta más reciente: Ene 28/2003.
- Decreto con fuerza de ley de Mensajes de datos y firmas electrónicas (2001). Decreto No. 1204 de fecha 10-feb-2001. *Gaceta Oficial* No 37148.
- Escobar, N.; Fernández, C.; Hidalgo, P. y Luque, D. (1998). Ética médica y economía de la salud. En *Revista Cubana Salud Pública*. n.24: 5-10. Recuperado 26 de abril de 2004 en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol24_1_98/spu01198.htm
- Jardines, J. (2002). La ética: un desafío para la salud en la era digital. En *Revista ACIMED*. N. 10(1):5. Recuperado el 26 de abril de 2004 en http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol10_1_02/aci07102.htm
- Martí, J. y Buisán, L. (1988). “El secreto profesional en Medicina”. En F. Vilardell (Coord), *Ética y medicina* (pp. 81-107). Madrid: Espasa-Calpe.
- Martín, V. (2004). Dilemas éticos de la información y la comunicación. En *Enl@ce, Revista venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*. Enero-Abril. Año 1 (1): 81-93.
- Najmanovich, D. y Lennie, V. (2006). Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. Recuperación el 14 de septiembre de 2006, en <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/colab/Denise2.htm>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- (2002). *Las Tecnologías de la Información y la Comunicación al Servicio del Desarrollo*. Informe sobre Desarrollo Humano en Venezuela.
- Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (2002). Informe Anual No. 14. Capítulo: Derecho a la salud. Recuperado el 18 de febrero 2004 del sitio Web <http://www.derechos.org/ve/situacio/informes/anual/14/DereSalud%20.html>.
- Salinas, H. (1998). *Historia y Filosofía Médica*. México: McGraw-Hill.

- Saltman, R. y Figueras, J. (1997). “Proveer los servicios de manera eficiente”. En *Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Organización Mundial de Salud (Ed), pp. 229-278. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Stallsett, S. (2004). Vulnerabilidad, dignidad y justicia: Valores éticos en un mundo globalizado. En *Revista Venezolana de Gerencia*. Año 9 (25): 145-157.
- Verdú, F. (2000). *La secreta historia clínica*. I Simposio Iberoamericano de Derecho Médico. Montevideo. Septiembre, 28 al 30. Recuperado el 20 de junio de 2004, del sitio web de la Universitat de València. <http://www.uv.es/~fevepa/tercera/MEDICINA/medicinalegal/lshc.html>
- Zengarini, H. (2004). Historia Clínica y Registros Médicos Informatizados. Recuperado el 20 de junio de 2004, del sitio Web de la *Corporación Ecuatoriana de Comercio Electrónico* http://www.corpece.org.ec/documentos/articulos/internacionales/historia_clinica_registros_medicos_informatizados.doc