

**LA INFORMATIZACIÓN DE LA  
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:  
OPORTUNIDAD DE MEJORA  
DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y  
RIESGOS PARA LA SEGURIDAD  
Y CONFIDENCIALIDAD**

**Pilar Mazón Ramos**  
*Hospital Universitario de Santiago*

**Javier Carnicero Giménez de Azcárate**  
*Servicio Navarro de Salud*



*“Todo lo que haya visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y conservaré siempre como secreto, si no me es permitido decirlo”. (Juramento hipocrático) <sup>1</sup>*

## **INTRODUCCIÓN**

El instrumento fundamental en la atención a un paciente es la historia clínica, que integra la información registrada por su médico y los profesionales sanitarios implicados en su asistencia, la de las exploraciones, pruebas complementarias y procedimientos médicos y quirúrgicos, con la identificación del paciente y sus datos administrativos.

Gracias a los avances de las tecnologías de la información y de las comunicaciones que se han producido en los últimos años la historia clínica se transforma. Primero asistimos a la informatización de la historia que unifica toda la información del paciente registrada en el centro sanitario, a continuación a la integración o no con la de otros niveles sanitarios y finalmente, por el momento, a la disponibilidad de la misma en cualquier centro sanitario en que sea atendido el paciente.

La relación médico paciente debe estar basada en la confianza y en el secreto profesional. Es una obligación de los profesionales guardar el debido secreto y de las organizaciones sanitarias, y de los propios profesionales, garantizar la seguridad de la información y su confidencialidad.

En el presente trabajo se revisan los elementos básicos de la historia clínica, las ventajas de su informatización, y la necesidad de garantizar su confidencialidad y seguridad.

## **HISTORIA CLÍNICA**

Se puede considerar la Historia Clínica el elemento básico de información para el médico en su práctica diaria, con independencia de su ámbito de trabajo. Aunque pueda haber algunas variaciones, hay una serie de datos que pueden considerarse imprescindibles como son los siguientes<sup>2</sup>:

1.–Datos de identificación del paciente: nombre, apellidos, domicilio, fecha y lugar de nacimiento, sexo, estado civil, profesión y actividad, número de DNI o de

identificación del sistema sanitario, pariente más cercano o representante legal y forma de contacto con el mismo.

2.–Datos de identificación del centro.

3.–Datos clínicos: antecedentes personales y familiares de interés, anamnesis, exploración física, órdenes de exploración diagnóstica, diagnóstico de presunción.

4.–Consentimiento escrito del paciente o representante legal, tanto para el ingreso, como para la práctica de procedimientos quirúrgicos y exploraciones especiales y, en su caso, para la utilización con fines distintos al estrictamente asistencial de los datos contenidos en la historia.

5.–Procedimientos y datos diagnósticos y terapéuticos (análisis, radiografías, exploraciones y tratamientos médico y quirúrgico).

6.–Forma: las historias clínicas deben ser normalizadas en su estructura física y lógica con el fin de facilitar su uso por el personal sanitario y permitir obtener la información con fines administrativos, estadísticos y de evaluación de la calidad, escrita a máquina o con letra legible, evitando la utilización de símbolos o abreviaturas. Toda anotación deberá ser fechada y firmada de forma que permita la identificación del personal sanitario que la realice.

### **Informatización de la historia clínica**

Aunque el concepto de historia clínica, en cuanto instrumento de registro de la información clínica, imprescindible para atender adecuadamente a un paciente, permanece inalterado, la historia clínica ha evolucionado en los últimos años. Clásicamente era un documento personal del médico en el que éste registraba la información de sus pacientes. En los hospitales jerarquizados la historia es un documento en el que se integra toda la información clínica de un paciente, con independencia de en qué servicio se produzca. El paso del archivo personal del médico o del servicio, al archivo general del hospital no se produjo sin discusiones, pero puede considerarse un hecho en nuestro país. Más tarde, la historia se informatiza y se incluye la información procedente de todos los servicios del centro sanitario y de los diferentes equipos de electromedicina, como los de diagnóstico por imagen y autoanalizadores. En esta fase se encuentran cada vez más hospitales de nuestro sistema sanitario.

En la actualidad la discusión se centra en si cada paciente debe disponer de una historia única con independencia de en qué centro es atendido, si la historia no es única pero la información clínica se comparte entre los diferentes niveles asistenciales y centros sanitarios, y en cómo se garantiza la confidencialidad y seguridad de la información.

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones permiten una mayor disponibilidad y accesibilidad a la información clínica impensable sólo hace unos años, de forma que los médicos y el resto de profesionales sanitarios pueden acceder a la historia, informes y pruebas complementarias de un paciente, de cualquier centro sanitario en que éste haya sido atendido previamente y en el momento que se necesite. Sin embargo, la mayor accesibilidad y disponibilidad de la información hace pensar siempre en la necesidad de mayores precauciones para garantizar la seguridad y la confidencialidad.

A pesar de las evidentes ventajas de la historia informatizada, algunas de las cuales se enumeran más adelante, debemos resaltar que hay todavía un escaso desarrollo de la informática médica en la práctica diaria, no sólo por la falta de formación de los propios profesionales sanitarios en esa materia, sino también porque hay gran cantidad de programas informáticos en uso, lo que parece reflejar que ninguno responde por completo a las necesidades clínicas<sup>3</sup>.

En nuestros hospitales es habitual que haya diferentes tipos de soporte informático, no sólo en el mismo centro sanitario, sino incluso dentro del mismo servicio médico, con lo que no se obtienen muchas de las ventajas esperadas. Esta situación se debe al retraso con que se ha informatizado la actividad clínica de nuestros centros sanitarios. Los hospitales comenzaron su informatización por la parte administrativa como la contabilidad, gestión de personal y almacenes, y médico-administrativa como la admisión. Sólo recientemente se informatiza, de forma ordenada, la historia clínica. Todo ello ha provocado que exista un retraso entre la situación real y la de las posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información y de las comunicaciones, generando ansiedad en los profesionales que contemplan avances espectaculares en la informatización de cualquier actividad en nuestra sociedad sin que estos avances se hayan visto reflejados en su actividad clínica.

Por otra parte, en nuestro medio es muy frecuente que las firmas que comercializan equipos de electromedicina como autoanalizadores o de diagnóstico por imagen, o laboratorios farmacéuticos, ofrezcan el “programa” que necesita el médico para su quehacer diario y, como es lógico, ante la falta de perspectivas de la implantación de la solución técnica “oficial”, este tipo de soluciones se extienden. Tampoco resulta excepcional que los propios médicos tomen la iniciativa y desarrollen sus propias aplicaciones para salir del paso. El caso más llamativo de esto último es el del Hospital de Tudela, perteneciente al Servicio Navarro de Salud, que se ha informatizado en su totalidad partiendo de la aplicación de historia clínica desarrollada por uno de sus médicos<sup>4,5</sup>, aunque en la actualidad el desa-

rrollo del sistema ya corresponde al llevado a cabo por el Departamento de Organización y Sistemas de Información del Gobierno de Navarra.

Además de las dificultades señaladas se deben añadir algunas inquietudes, la principal de ellas es la que nos ocupa en este trabajo: la seguridad y la confidencialidad de la información clínica.

### **Ventajas de la historia clínica informatizada**

Las ventajas de la historia clínica informatizada son muchas, algunas de ellas pueden resumirse a continuación:

Las historias en papel suelen estar escritas a mano, con letra no siempre legible, pueden acabar siendo voluminosas y resultar difícil revisar la información necesaria para atender al paciente. Aquí se cumple la regla de que muchos datos no suponen necesariamente más información.

Los sobres, como ya se ha indicado, a veces muy voluminosos, deben ser almacenados en archivos cada vez de mayor tamaño, que ocupan un espacio precioso en los centros sanitarios y con mucha frecuencia acaban en naves situadas en polígonos industriales alejados de los centros hospitalarios. Además del problema de almacenamiento se añade entonces el del transporte, lo que hace que las historias no siempre están accesibles cuando son necesarias. En estas condiciones de archivo es habitual la pérdida de datos y resultados, la duplicidad de informes y a veces de pruebas, el retraso en conseguir la información, y también el deterioro físico e incluso la desaparición de historias completas.

Una dificultad que se añade cuando los archivos son de gran tamaño o quedan fuera de los centros sanitarios, es que cada vez son más las personas, muchas de ellas que no son profesionales sanitarios, las que tienen acceso a la documentación clínica.

La historia clínica informatizada permite, en condiciones normales, el acceso inmediato a una completa información sobre el paciente, su permanente actualización, su facilidad de lectura y el procesamiento y presentación de la información de una forma sencilla y eficaz. Simplifica el quehacer diario del personal sanitario, facilitando la labor de completar la historia clínica, pues hay muchos datos que no hay que repetir, muchos textos que no necesitan escribirse, se recurre a códigos, bases de datos previamente elaboradas, en definitiva se ahorra mucho tiempo, a la vez que se hace un mejor trabajo.

Una historia clínica informatizada supone además que el trabajo médico administrativo resulta más fácil: la confección de partes médicos de alta y baja, las recetas médicas, los informes, la documentación necesaria en admisión se automatiza. Resulta también mucho más sencilla la revisión de los datos necesaria para controles de calidad, estudios estadísticos y de investigación.

Además la historia clínica electrónica no plantea los problemas de espacio que se presentan con la documentación convencional. No se almacena en naves industriales lejos del hospital y no se transporta físicamente de un lugar a otro, por lo que es más “segura” en la conservación de los datos, y es más fácil evitar pérdidas de información.

La historia clínica en soporte informático permite diferenciar sus contenidos de forma que se pueda acceder a toda o a parte de la información, según los privilegios de acceso que tengan los empleados del centro. Esta diferenciación no es posible cuando se trata de papel y sobres.

Pero la mayor ventaja desde el punto de vista clínico es que la historia clínica informatizada puede ser única para cada paciente, recogiendo toda la información relativa al mismo, de todos los ámbitos en los que haya sido atendido: atención primaria, atención especializada, consultas de enfermería y urgencias. Con ello se puede conseguir una mayor comunicación entre todos los profesionales implicados en su atención sanitaria, alcanzando una mayor continuidad asistencial. Esta continuidad asistencial no queda restringida a su área “geográfica”, sino que puede extenderse, gracias a las tecnologías de la información y de las comunicaciones a otros profesionales de centros alejados, utilizando los recursos que Internet pone a nuestro alcance, como consultas a distancia, videoconferencias y sesiones clínicas interactivas.

La historia clínica informatizada amplía la utilidad de la tarjeta sanitaria en un doble sentido. Por un lado, permite que el paciente lleve consigo información clínica relevante, con lo que la tarjeta se convierte en una *tarjeta clínica*. Por otro lado puede convertirse en la llave que autorice el acceso a su información, con lo que se convierte en un instrumento de seguridad.

## **PREVISIONES PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS**

Nos encontramos en pleno desarrollo de la Sociedad de la Información, que se supone alcanzará su plenitud en el Siglo XXI. Castells incluso ha introducido el concepto de *sociedad informacional*, “Organización social en la que la generación, el procesamiento y la transmisión de la información se convierten en las fuentes

fundamentales de la productividad y el poder debido a las nuevas condiciones tecnológicas que surgen en este periodo histórico”<sup>6</sup>. Esta revolución es similar en magnitud e intensidad a las que trajeron la máquina de vapor en el siglo XIX y la cadena montaje en el siglo XX<sup>6,7</sup>.

La actual revolución tecnológica sin precedentes en el ámbito de la información, abre amplios horizontes de progreso económico, de empleo y de calidad de vida. Estos últimos años, la Unión Europea ha mostrado una gran preocupación al respecto, creando numerosas comisiones que han elaborado propuestas relacionadas con la aplicación de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en la sanidad.

### **Iniciativas de la Unión Europea**

El informe Bangemann<sup>8</sup> titulado “Europa y la sociedad global de la información. Recomendaciones al Consejo Europeo” de 1994, propone 12 aplicaciones para el futuro; la séptima consiste en la creación de redes sanitarias basadas en la tecnología informática y de telecomunicaciones; en Europa todos los profesionales y centros sanitarios estarán conectados por redes de comunicaciones de alta velocidad. Las historias clínicas, totalmente informatizadas, podrán circular de un hospital a otro de todo el continente y aparecer traducidas en la pantalla. Los datos de laboratorio y prescripciones terapéuticas se enviarán por correo electrónico a los consultorios y oficinas de farmacia. Las enfermeras de atención primaria actualizarán sus fichas de asistencia e informarán del curso de los pacientes a través de la red. En este contexto, los servicios telemáticos han avanzado más que los programas o aplicaciones.

En el Informe Final de la Conferencia de Helsinki<sup>9</sup> referente a las tecnologías en la Sociedad de la Información: IST 99, se insiste en la historia clínica electrónica como elemento indispensable en la evolución de las tecnologías de la información en la asistencia sanitaria, haciendo hincapié en el problema que se presenta con la posibilidad de transmisión de datos a otros centros y otros profesionales, pues surge la cuestión ¿quién es el propietario de la información? ¿quién puede ver qué, y cuándo?

Otro aspecto que se resalta es que cada vez hay más información médica disponible en Internet, lo que constituye para pacientes y familiares una fuente alternativa de información, incluso llegando a tener datos que el propio profesional desconoce, lo que puede suponer un cambio de mentalidad en la clase médica, al no ser los únicos que controlan la información.

En la Cumbre extraordinaria de Lisboa, de Marzo de 2000, se planteó el objetivo de explotar las oportunidades de Internet, creándose la llamada iniciativa eEuropa<sup>10</sup>, con tres grandes apartados, que tiene como propósitos:

Llevar a cada ciudadano, hogar, colegio, empresa y administración la era digital.

Crear una Europa de formación digital con una cultura empresarial innovadora.

Asegurar que el proceso sea socialmente integrador, afirme la confianza de los consumidores y refuerce la cohesión social.

Para alcanzar esos propósitos se plantea conseguir una red más barata, rápida y segura, invertir en personal y material, y estimular el uso de Internet en múltiples campos de la Sociedad, entre ellos la Sanidad. Además de las acciones propias de sanidad, se propone como uno de los objetivos el que antes de terminar el año 2002 ha de extenderse el uso de la tarjeta inteligente a las aplicaciones de elevado nivel de seguridad (datos médicos).

Para la sanidad se promueve la acción “La salud en línea” que tiene en cuenta consideraciones como las siguientes:

La prestación a todos los ciudadanos de servicios de salud de calidad es un reto para todos los gobiernos europeos.

Las nuevas tecnologías avanzan vertiginosamente y la población envejece progresivamente.

El reto es: mejorar la calidad y accesibilidad conteniendo los costes.

Las tecnologías digitales pueden mejorar la productividad y cobertura de la asistencia sanitaria.

Sólo el 1% del gasto sanitario se destina a las tecnologías de la información.

La iniciativa plantea los objetivos siguientes:

Todos los profesionales y directivos de salud deben estar conectados a una infraestructura telemática para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

Identificar y promocionar la mejor práctica sanitaria electrónica en Europa, fijando criterios de cuota de mercado (*bench-marking*).

Establecer criterios de calidad para las páginas web relacionadas con la Salud.

Crear redes sobre manejo de datos y tecnología sanitaria.

También existe el compromiso de publicar una comunicación titulada “Aspectos Legales de eSalud en 2001”. El objetivo es revisar la legislación actual al respecto, aclarando la existente y conseguir una confianza de la industria para entrar en el mercado.

### **La iniciativa del National Health Service**

El National Health Service ha publicado su estrategia de sistemas de información, Information for Health<sup>11</sup>, que parte de la frase del Primer Ministro británico cuando afirma: “El desafío para el NHS es aprovechar la revolución de la información y utilizarla en beneficio de los pacientes”

En ese contexto se plantea el propósito de que durante los próximos años se disponga de los recursos, conocimientos y procesos necesarios para que:

Los clínicos y gestores tengan la información necesaria para cumplir con la misión del NHS, que se define como “Dar a los ciudadanos de este país el mejor sistema de salud del mundo”

Los pacientes y el público tengan una amplia información de calidad y fácilmente accesible acerca de la salud y de los servicios sanitarios.

Como necesidades de los clínicos en su práctica diaria el documento plantea las siguientes:

Información sobre sus pacientes fiable, completa y disponible en el momento.

Acceso a guías y bases del conocimiento para dar soporte a la toma de decisiones clínicas.

Acceso a la información que permita evaluar su efectividad y facilite la formación continuada.

Entre los objetivos que se plantea el plan está la extensión de la historia clínica electrónica, la cita previa amigable, la rapidez en la entrega de resultados diagnósticos, el NHS *direct* para información y consejo, la biblioteca nacional de salud digital y como claves en el plan, la telemedicina y teleasistencia. Todo ello teniendo en cuenta que una de las inquietudes de los pacientes es que la información sea fiable, completa y segura.

En resumen, los servicios sanitarios se encuentran inmersos en la sociedad de la información o *informacional* que abre unas importantes perspectivas de mejora de la eficiencia y en la calidad de la atención. Instituciones como el National Health Service y la Unión Europea<sup>8-11</sup>, plantean acciones y objetivos concretos para aprovechar la oportunidad de mejorar la atención de los ciudadanos. En todos los documentos se observa la preocupación por que los más desfavorecidos no se vean aún más marginados, y por la seguridad y confidencialidad de la información clínica.

## **CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD**

La Ley General de Sanidad<sup>12</sup> y la Ley de Protección de Datos<sup>13</sup> se ocupan de aspectos relacionados con la Seguridad y la Confidencialidad, pero el médico clínico tiene presente, desde que existe su profesión, el “Secreto Profesional”.

El Código de ética y deontología de la profesión médica<sup>14</sup> dedica los artículos 14 a 16 del capítulo IV al secreto profesional del médico. En síntesis el código fija la cuestión en los siguientes términos:

El secreto del médico, inherente al ejercicio de la profesión es un derecho del paciente que obliga a cualquier médico en su ejercicio y que no se extingue por el fallecimiento del paciente.

Es un deber del médico exigir el mismo secreto a sus colaboradores.

El ejercicio de la medicina en equipo supone el deber de secreto para todos los implicados y sobre todo el secreto.

Cuando ello sea imprescindible y con carácter restrictivo, se puede revelar el secreto en los siguientes casos:

Por imperativo legal.

En las enfermedades de declaración obligatoria.

En las certificaciones de nacimiento y defunción.

Si el silencio diera lugar a un perjuicio del paciente, de otras personas o colectivo.

Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por el secreto y el paciente permita la situación.

Cuando el médico se vea acusado ante el colegio o sea llamado a testificar en materia disciplinaria.

Cuando el paciente lo autorice, pero siempre con carácter restrictivo.

El código dedica además el artículo 17 a los sistemas de información estableciendo que estos deben garantizar el derecho del paciente a la intimidad. Además establece que:

En las instituciones sanitarias la documentación clínica y la administrativa deben separarse.

Los bancos de datos extraídos de las historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico.

Se prohíbe la conexión de los bancos de datos médicos a una red informática no médica.

En los estudios de auditoría clínica, epidemiológica o de gestión la información no permitirá identificar a ningún paciente.

Algunas de las cuestiones que plantea el código deontológico son de difícil ejecución o no se encuentra debidamente explicadas, como la separación de la documentación clínica y administrativa, la responsabilidad de un médico de los bancos de datos o la conexión de los bancos de datos médicos a una red informática no médica. Sin embargo, lo que interesa del código profesional es que refleja el derecho del paciente a su intimidad y el deber del médico al secreto profesional y a exigirlo a los que le rodean.

### **NORMAS DE UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA**

Como se ha expuesto anteriormente el médico se encuentra inmerso en una sociedad que se está transformando; las tecnologías de la información y de las comunicaciones irrumpen en su quehacer diario y las previsiones apuntan a que la historia clínica se va a transformar de un sobre repleto de papeles y radiografías, a un ente virtual que circulará por la red, accesible a otros profesionales y cuya llave de acceso estará en poder del paciente por medio de su tarjeta sanitaria. Con independencia o no de que estas previsiones se cumplan, lo cierto es que la historia clínica se informatiza y que el paciente tiene derecho a que su intimidad esté salvaguardada y a que la información clínica esté a disposición de quienes le atienden en el momento oportuno. El garantizar estas cuestiones no está sólo en manos del médico, pero sí que se precisa que él se implique en el proceso y se preocupe de respetar él mismo y quienes le rodean una serie de normas de utilización de la historia clínica dirigidas a salvaguardar la confidencialidad y seguridad de la información.

Las normas de utilización deben contemplar entre otras cuestiones las siguientes, que son independientes de que la historia sea en papel o electrónica:

#### **1.-Quién puede acceder al sistema.**

Los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos y enfermeras) implicados en la atención del paciente, personal administrativo a las órdenes de los anteriores, los encargados de la gestión (admisión, facturación...), la dirección del centro y del sistema de Salud, los inspectores médicos y los responsables del control de calidad e investigadores autorizados.

2.–A qué información puede acceder.

Cada Profesional debe acceder únicamente a aquella información que le es necesaria para el ejercicio específico de su función. Cuando la historia está informatizada pueden establecerse claves que permitan sólo acceder a apartados concretos y específicos. En cambio, en la historia recogida en papel, el documento puede considerarse único y no es posible, o es muy difícil, establecer este control.

3.–Quién utiliza realmente el sistema.

Aunque sean los profesionales reseñados anteriormente los que deben tener acceso a la información clínica, existe la posibilidad de que ésta sea accesible a personas ajenas a la atención directa de los pacientes: encargados del almacenamiento y transporte de las historias clínicas en papel, celadores, personal administrativo, sanitarios de otros departamentos. Este personal debe estar instruido en la importancia del secreto profesional, en la falta en que incurre por acceder a una historia sin que ello sea necesario y por supuesto, en la gravedad de la falta que supone transgredir las normas. En los sistemas informáticos es imprescindible que se registre y quede constancia de quién y cuándo accede a la historia.

4.–Consentimiento informado del paciente al acceso a su información clínica.

Aunque en la práctica diaria no se solicita al paciente un consentimiento para que haya acceso a su historia clínica, se da por supuesto que confía en que su médico utilizará toda la información disponible con el único objetivo de proporcionarle la mejor asistencia sanitaria, compartiendo los datos obtenidos con otros profesionales y otros centros cuando sea necesario. El acceso a la historia con fines epidemiológicos, de evaluación y de investigación se trata en otra parte de esta publicación.

5.–Con qué garantías de seguridad tanto físicas como lógicas contamos.

Debemos garantizar que sólo las personas autorizadas acceden a la información clínica y quedan registradas cuando lo hacen. Como se ha comentado con anterioridad, el traslado de expedientes clínicos a través de largas distancias añade el peligro de pérdida de los mismos. En la historia clínica informatizada, con transmisión de datos por redes internas y externas, podría existir una “fuga” de datos, para lo que deben arbitrarse mecanismos de seguridad. Esta cuestión también es objeto de otra parte de esta publicación.

6.–Auditorías.

Todo sistema de seguridad que se precie debe contar con auditorías periódicas que comprueben la bondad del mismo y su nivel de cumplimiento. Los profesionales sanitarios y no sanitarios deben conocer esa posibilidad y colaborar en la práctica de las auditorías de seguridad.

## **RESUMEN Y CONCLUSIONES**

La sociedad de la información y la revolución de las tecnologías de la información y de las comunicaciones también influyen en el ejercicio de la medicina y demás profesiones sanitarias, y en la transformación de la historia clínica. Existen iniciativas en la Unión Europea que respaldan estas transformaciones, que se dirigen a mejorar la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria.

Uno de los más importantes derechos del paciente es la confidencialidad de la información que ha facilitado a su médico. Una de las obligaciones más importantes del médico y del resto de profesionales sanitarios o no, es garantizar ese secreto. Los servicios sanitarios deben arbitrar procedimientos que garanticen la seguridad y la confidencialidad de la información clínica.

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones permiten la informatización de la documentación clínica y su accesibilidad a cualquier profesional que deba atender al paciente, mejorando la continuidad de la asistencia. A pesar de ello, todavía existe un escaso desarrollo de este proceso en los centros sanitarios de nuestro país.

La documentación clínica informatizada no supone menos garantías de seguridad y confidencialidad que la documentación en papel, pero también exige establecer procedimientos y planes que garanticen esa confidencialidad y seguridad.

Todos los avances tecnológicos no deben hacernos olvidar que lo importante sigue siendo la práctica clínica, la relación médico paciente y el contenido de la historia clínica, con independencia de si está o no informatizada. Puede concluirse con la definición que hace Laín Entralgo<sup>15</sup> de la buena historia clínica, que a pesar de todos esos avances, sigue estando vigente:

*“El ateniimiento de una historia clínica a la realidad que debe describir –la enfermedad de un hombre– le concederá su idoneidad; la fidelidad de la narración a la estructura canónica del relato, la hará íntegra; por el cumplimiento de las dos intenciones narrativas y la buena observancia de las prescripciones retóricas, llegará a ser clara, precisa y elegante. Idoneidad, integridad, claridad, precisión, elegancia: he ahí el nombre de las virtudes que constantemente debe proponerse el patógrafo. Ellas son, por otra parte, la más firme garantía del progreso en el arte de ver, oír, entender y describir la enfermedad humana”*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Juramento Hipocrático. En: Singer C., Underwood EA. Breve Historia de la Medicina. Guadarrama, Madrid 1966: 51.
2. Aulló Chaves, M. Pelayo Pardo, S. La Historia Clínica. Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. 1997: 9-10.
3. Ferrer Salvans, P. Recursos informáticos en el ejercicio de la Medicina. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 14.<sup>a</sup> Ed. Harcourt, Madrid 2000.
4. Escolar F, Escolar JD, Sampérez AL, Alonso JL, Rubio MT, Martínez-Berganza MT. Informatización de la historia clínica en un servicio de medicina interna. Med. Clin (Barc) 1992; 99 (17-20).
5. Escolar F. Informatización de la historia clínica en el Hospital “Reina Sofía” de Tudela. Informática y Salud 1998; n.º 16; 808.
6. Castells M. La era de la información, economía, sociedad y cultura, Vol. 1, la sociedad red, Alianza Editorial, Madrid 2000: 47.
7. BSCH y Andersen Consulting. España on line, ideas para afrontar la nueva economía, <http://www.bsn.es/>: 6
8. Europa y la Sociedad Global de la Información. Informe Bangemann. Diario Oficial del Consejo Europeo, 222, 21 de Julio de 1994, pag. 39.
9. La Salud en la Sociedad de la Información. Informe Final de la Conferencia IST 99. Helsinki. Publicaciones de la Unión Europea. <http://europa.eu.int>
10. Iniciativa eEuropa 2002. Plan de Acción elaborado por la Comisión Europea para el Consejo de Europa en Feira, 19-20 de Junio de 2000. Publicaciones de la Unión Europea. <http://europa.eu.int>
11. Burns F. Information for Health. Department of Health Publications. 1998 <http://www.imt4nhs.exec.nhs.uk/strategy/index.htm>
12. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-4-1986, núm. 102.
13. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal. BOE 14-12-1999, núm. 298.
14. Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial de España. Septiembre de 1999.
15. Laín Entralgo P. Historia clínica. Triacastela. Madrid, 1998: 763.

