



**Entrevista: Juan José Rodríguez Sendín, Secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos**

## **“Debe meditarse la creación de archivos centralizados de historias clínicas informatizadas únicas en todas las comunidades autónomas”**

**P.- El secreto médico tiene una gran tradición en Medicina desde los tiempos de Hipócrates. ¿Cuáles son, en el entorno actual en el que surgen nuevos enfoques y nuevos problemas, las dificultades más importantes a las que nos enfrentamos los médicos en el campo de la confidencialidad?**

R.- El secreto médico, más que tradicional, es consustancial a la profesión, de manera que sería imposible imaginar el ejercicio médico a lo largo de la historia sin el respeto a la intimidad y la confidencialidad. El secreto médico protege al paciente, y no al profesional. Y cada vez que se atenta contra la intimidad y la confidencialidad de los datos que voluntariamente el paciente confía al médico, más se lesionan valores esenciales como la intimidad, la libertad y el derecho al trabajo. Hoy en día se impone una mayor cautela, ya que la facilidad para el intercambio de datos y la accesibilidad a las bases de datos no sólo son ventajas. Y si por una deficiente custodia y rigor ético esos datos se divulgan, pueden verse lesionados no sólo los intereses de los pacientes sino los de sus familiares, en la medida que se refieran a enfermedades de carácter hereditario, o a aspectos íntimos de sus allegados que el paciente confía al médico.

En estos momentos una de nuestras preocupaciones esta centrada en los riesgos para la intimidad y confidencialidad derivados de la puesta en marcha, por parte de las Administraciones Publicas, de una historia clínica única, centralizada. Pretenden justificar este sistema con argumentos difíciles de compartir. Aseguran que mejorará la coordinación, mientras en otros países similares al nuestro la historia clínica informatizada funciona con bases descentralizadas, donde los datos quedan en el centro donde se producen y bajo el control de quien los genera, y no existe por ello una peor coordinación, sino que, al contrario, al ser posible la comunicación entre las bases para acceder a toda la información cuando sea necesario, la coordinación es mejor. No tiene porque ser mucho menor la seguridad, pero no son comparables los riesgos derivados de una y otra propuesta.

También se dice que la historia clínica única, centralizada, va a facilitar el trabajo del clínico. Esto habría que demostrarlo. En términos globales, se estima que únicamente el 7% de la información clínica que aporta un paciente en un despacho o en una consulta es relevante para otro médico que atienda al paciente en otro momento determinado. Por otra parte, la información no sólo debe ser pertinente, sino que debe cumplir criterios de temporalidad, de modo que se mantenga en vigor cuando sea útil, porque llega un momento a partir del cual no tiene sentido seguir conservándola. Un médico puede compartir con otro profesional un dato determinado que le ha confiado el paciente, pero en la mayor parte de los casos el segundo profesional no tiene por qué conservar ese dato más allá del momento en que ha atendido al paciente.

En definitiva, por estas y otras razones, creemos que en este momento la propuesta de crear archivos centralizados de historias clínicas informatizadas únicas en todas las comunidades autónomas debe meditarse más y valorar las consecuencias de una decisión precipitada y quizá no justificada en este momento.

Asimismo, nos gustaría saber si los pacientes están dispuestos a asumir el riesgo de pérdida de confidencialidad que entraña el que se acceda a la base centralizada de forma no autorizada o se pueda divulgarse por error su contenido. No comprendemos por qué se descarta la alternativa de que existan historias informatizadas en los diferentes lugares donde se atiende al paciente, coordinando la información, como se ha hecho hasta ahora, cuando el nuevo sistema entraña riesgos y no aporta ventajas significativas. Las bases centralizadas son menos vulnerables, pero una sola pérdida o fallo de seguridad puede servir para que se divulguen o revelen contenidos importantes respecto a cualquier ciudadano.

**P.- Por lo tanto, la preocupación de la OMC no es la existencia de una historia clínica informatizada, sino la centralización de la misma.**

R.- Evidentemente. Personalmente soy absolutamente partidario de la historia clínica informatizada, por sus posibilidades y contenidos, así como por los diferentes sistemas de ayuda al profesional y de alerta que se puedan incorporar a la misma en beneficio del paciente. Pero la concentración de la información que entraña una historia única centralizada, es un sistema cuyos riesgos son muy importantes y pueden comprometer las garantías y los derechos de los pacientes y de sus familias, en función de los intereses y apetencias que puedan existir por controlar o acceder a esa información de forma no autorizada o no relacionada con la atención a los problemas de salud de los ciudadanos. En conjunto, el sistema al que parece que alguien tiene demasiada prisa en llegar no representa un factor de progreso, sino más bien de regresión, en la medida

que puede suponer una pérdida o un riesgo para los derechos fundamentales de los individuos.

En función de lo mencionado estoy sorprendido por la actitud de los responsables sanitarios de alguna comunidad autónoma, en la que se han impuesto medidas disciplinarias ejemplarizantes, absolutamente impensables e impropias de los tiempos que vivimos, a profesionales que se oponían a aportar la información sanitaria disponible de sus pacientes a una base de datos centralizadas y sin conocimiento y permiso de sus pacientes. Por lo cual entiendo que los compañeros afectados estén asustados, y en consecuencia puedan pensar que la única manera de evitar conflictos con algunos responsables políticos sea no tener enfrentamientos con ellos.

**P.- ¿Cómo se ha resuelto esta cuestión en otros países de nuestro entorno?**

R.- No conocemos que en ningún país de la Unión Europea exista en este momento el sistema que se propone desarrollar aquí. Lo que sí existe es bases descentralizadas, y siempre que se crea un gran archivo de datos sanitarios siempre se hace sin que pueda identificarse dentro del mismo a las personas que lo integran. La información va ligada a una clave que identifica al individuo pero en el lugar donde se produce la información. Esto permite todo tipo de explotación administrativa para la mejor gestión sanitaria, pero siempre desde el respeto a las personas y a sus garantías democráticas.

**P.- En nuestro país existen dos grandes normas de referencia, que son la Ley de Autonomía de los Pacientes y la Ley de Protección de Datos. Tal como se plantea la cuestión, parece que no representan un marco regulador suficiente para esta cuestión.**

R.- Nos llegan comentarios, que en la OMC no nos podemos creer, en el sentido de que existen varias varas de medir en función de a quién se aplique la Ley de Protección de Datos. En relación con los posibles errores en la protección de los datos, parece que no se trata a todo el mundo igual; no se trata de igual manera a la Administración que a los particulares, a pesar de que los riesgos y la falta de garantías pueden existir tanto en la vida pública como en la vida privada. Insisto que no damos credibilidad a estos rumores y mejor que pensar en la cobertura que la LORTAD pueda suponer para evitar un mal uso o un error en la custodia de datos de las historias centralizadas, sería que éstas no existieran, ya que como he dicho no generan ningún beneficio apreciable para el ciudadano. La Ley de Autonomía de los Pacientes constituye un avance muy importante en el cuidado y protección de los derechos de los pacientes que celebramos y que nos otorga la razón en la materia que nos ocupa.

**P.- Por tocar otro aspecto, ¿Cuál es el punto de vista de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre el Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)?**

R.- Hemos estado muchos años sin regulación y sin que se cumplieran las expectativas que despertaron la Ley General de Sanidad y la Reforma de la Atención Primaria. Han sido 17 años de vacío, sin Estatuto Marco ni Carrera Profesional, en los que se ha producido una paralización y una regresión de las retribuciones de los profesionales, hasta situarlos, con diferencia, a la cola de Europa, a pesar de contar con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo.

En este contexto, al valorar la LOPS tenemos que considerar previamente que es la primera vez en todos estos años que se hace algo. En este sector, con tantos intereses y sensibilidades especiales, en el que es difícil contentar a todo el mundo, va a ser complicado elaborar una ley viable que sea aceptada por la mayoría. Otro impedimento es que hay diferentes grupos que hacen de la arena sanitaria el escenario de sus luchas políticas, y que en este país es imposible llegar a un consenso político – sanitario porque los responsables de hacerlo todavía no habrán considerado su necesidad.

La Ley, aunque según nuestro punto de vista continúa con algunas deficiencias, hemos de reconocer que hemos podido contribuir a su mejora en muchos aspectos importantes para la sociedad y para los profesionales. Esta circunstancia nos provoca una esperanza contenida, que celebramos, porque parece abrir un horizonte nuevo con algunos cambios que se prevén muy importantes, y que van a dejar otra vez en manos de los profesionales el control de la profesión, el registro, la ética y deontología e incluso la supervisión de las normas de acreditación de la profesión. La OMC está preparada para afrontar este reto, hasta el punto que algunas responsabilidades que nos podría ceder la Administración al amparo de esta Ley están ya contempladas en los nuevos Estatutos de la OMC.

**P.- La Ley prevé la creación de registros públicos de profesionales, y las modificaciones introducidas en el Senado confían esta función esencialmente a los colegios de médicos. ¿Cuál es la posición de la OMC al respecto?.**

R.- La OMC es una institución de derecho público que sirve, por ese orden, a la sociedad y a la profesión médica. Una manera de servir a la sociedad es ofrecerle la información necesaria y las garantías de que los que ejercen la medicina son en efecto médicos y que cumplen los requisitos establecidos para poder desempeñar sus funciones ligadas en su caso a la especialidad correspondiente. En realidad, este servicio ya se está ofreciendo a las administraciones públicas y especialmente a la administración de Justicia. Lo que ahora intentaremos es ampliar este servicio a toda la

sociedad, de manera que cualquier ciudadano que tenga dudas sobre si la persona que le atiende es médico, pueda confirmarlo y conocer la especialidad del profesional, así como el Colegio al que pertenece por si el ciudadano desea dirigirse al mismo. Estos datos se aportarán, por supuesto, con las garantías precisas de confidencialidad y por el momento consistirán en la titulación como médico y su especialidad. Dado que hay muchas coincidencias en nombre y apellidos será necesario incluir también, para una correcta identificación, el número de colegiado. Presumiblemente en el futuro se recogería también acreditación de competencia y nivel en la carrera profesional.

**P.- La LOPS da una gran importancia a la Formación Continuada, y confía un papel de supervisión a los colegios de médicos. ¿Se plantea la OMC organizar actividades de Formación Continuada, al hilo de la nueva ley?**

R.- En primer lugar, la Organización Médica Colegial y los Colegios Oficiales de Médicos serán lo que los médicos españoles queramos que sean. Los órganos de gobierno de estas instituciones son elegidos democráticamente, por lo que todos los colegiados de alguna manera son partícipes de sus aciertos o errores, de sus intervenciones o sus inhibiciones. Esta es la esencia del carácter democrático de los colegios. En segundo lugar, desde la aprobación por la Asamblea General el 24 mayo del 2002 de los nuevos Estatutos del Consejo General de Colegios Médicos, se aportan cambios fundamentales, sustituyendo a los Estatutos de 1980

([www.cgcom.org/cgcom/estatuto.html](http://www.cgcom.org/cgcom/estatuto.html) ).

La LOPS también confirma la delegación de la gestión para la Acreditación de la Formación Continuada a los Consejos de Colegios, que en el caso de los médicos realizará el Consejo General de Colegios Médicos, a través de una estructura creada el año 2002 e integrada por la OMC, la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas, las Sociedades Científicas (FACME), que ya fue presentado como el Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada [www.cgcom.org/seaformec/index.html](http://www.cgcom.org/seaformec/index.html) (SEAFORMED). SEAFORMED ha firmado un acuerdo con la Asociación Médica Americana (AMA) y con su sistema de acreditación (ACME), porque lo que nos interesa es la armonización internacional de criterios y la homologación de sistemas de acreditación.

En cuanto a la provisión de actividades de formación médica continuada, confiamos en que exista una sana competencia que permita que cada profesional pueda optar a la mejor formación a la que tenga acceso. La OMC se ocupará principalmente de la formación transversal para toda la profesión, con temas que no sean acometidos por otros agentes, llenando los vacíos que no ocupe nadie, y sin interferir con las

actividades que realicen las sociedades científicas y los colegios. Y un aspecto relevante es que hemos separado totalmente provisión de actividades de formación (que es responsabilidad de la Fundación para la Formación) y acreditación de actividades de formación (que es responsabilidad de SEAFORMEC).

**P.- Recientes normativas autonómicas han anulado la colegiación obligatoria. ¿Cuál es el punto de vista al respecto de la OMC?**

R.- La OMC está abierta al diálogo inteligente y a las propuestas de progreso, en consecuencia no estamos cerrados a nada y estamos abiertos a cualquier nueva idea, razonada y oportuna. Sin embargo, nuestra opinión en este momento es que la colegiación debe ser obligatoria. No puede esperarse que una profesión como la nuestra, con las sensibilidades que tiene y recoge, con su intervención casi cotidiana en los aspectos relevantes en nuestra sociedad, no esté organizada, en especial en un momento en que se busca que la sociedad esté vertebrada en los niveles intermedios y tenga capacidad de respuesta organizada.

Pero a veces, desgraciadamente, algunas administraciones autonómicas no parecen preocupadas por nuestra organización, por ayudar a que los médicos nos organicemos de la mejor manera posible, que sería un objetivo deseable, sino parecen obsesionadas en impedir que estemos organizados. Algunos políticos de esas administraciones sucumben a la tentación de actuar con revanchismo contra quienes discrepan de sus actuaciones, sin darse cuenta que el arte de gobernar consiste en convencer con el razonamiento más que imponer por la fuerza.

**P.- Hace unos meses existió una cierta polémica a raíz de la respuesta del Tribunal Superior de Justicia de Asturias a un psiquiatra que preguntaba sobre el límite que el Código Deontológico representaba a su obligación a comparecer como testigo en juicio. ¿Cómo puede manejarse la contradicción entre la obligación a colaborar con la Justicia y el respeto de la obligación de Secreto Profesional?**

R.- Los médicos estamos obligados a colaborar responsablemente con la Justicia. Este deber legal puede colisionar con el deber ético del secreto médico. Cuando un médico es requerido en un juicio en el que se aborda una cuestión relacionada con uno de sus pacientes, debe preguntar al Tribunal para qué o en relación con qué se solicita la información, y puede pedir garantías de la responsabilidad exclusiva del Tribunal respecto a la confidencialidad de los datos, a partir del mismo momento de su transferencia. En especial, si se le exige una documentación clínica amplia, como la historia clínica, debe pedir que se le precise qué parte de la historia se le requiere.

También, si llega el caso, puede acogerse a las previsiones oportunas sobre objeción de conciencia, y si de la comparecencia en juicio ó de la petición de la historia clínica completa puedan derivarse perjuicios para el paciente, al comprometerse la confidencialidad debida al mismo, debe pedirse al tribunal que le exima de la obligación legal de secreto profesional.

**P.- Han existido conflictos de competencias entre diferentes profesiones sanitarias en los que han estado implicadas diferentes sociedades científicas, y también la OMC. ¿Tiene la OMC algún criterio, directriz o recomendación sobre las formas de colaboración, en el trabajo en equipo, con otros profesionales?**

R.- La OMC ha elaborado doctrina al respecto del trabajo en equipo que no sólo se refiere al trabajo con otras profesiones sanitarias, sino también cuando trabajan médicos de diferentes niveles o jerarquías. Toda la información está a disposición de todos los médicos que la soliciten, ya sea a la OMC o a su Colegio. La OMC tiene el máximo interés en despejar las dudas y los vacíos que encuentren los médicos españoles en su ejercicio, y para ello contamos con una excelente Asesoría Jurídica y con una competente Comisión Deontológica Central que abordan los diferentes problemas. Es evidente que existe una coordinación con las asesorías y las Comisiones Deontológicas de los Colegios de Médicos, cuya acción sinérgica está debidamente garantizada. Una de las cuestiones que ahora estamos analizando es la competencia exclusiva de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Las demás profesiones sanitarias apoyan o ayudan en la recogida de información, su evaluación o en el cumplimiento del tratamiento, pero la responsabilidad sobre el diagnóstico y el tratamiento es del médico. También nos preocupa la situación del residente, ya que en cierto modo se le ha cargado de hecho con un exceso de funciones y responsabilidades; la doctrina es que el residente deberá asumir responsabilidades, pues no en vano es médico, pero de una manera proporcional a su grado o nivel dentro de la residencia. Existe un documento muy interesante de la Comisión Central de Deontología que aporta luz a otro tema de debate los límites internos del ejercicio de la medicina.

Muchas gracias por la oportunidad que me habéis ofrecido