

La confidencialidad en las historias clínicas informatizadas en salud mental hospitalaria

S. G. Fidel Kinori ^{1,2}

F. J. Eiroa-Orosa ^{1,2}

A. Giannoni-Pastor ^{1,3}

R. Tasqué Cebrián ¹

1.- Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron, CIBERSAM, Universidad Autónoma de Barcelona

2.- Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona

3.- Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona

Introducción

El registro informatizado de los datos clínicos, abre nuevas perspectivas sobre el uso de la información y el ejercicio de preservar el secreto profesional. La definición más ampliamente aceptada de la confidencialidad es la propuesta por Joseph y Oneck ¹: “(...) *confiar información a otra persona con la expectativa de que se mantendrá en secreto*”.

Los colegios profesionales son en quienes se ha delegado la potestad normativa acerca del cuidado del secreto profesional y sus alcances, a través de los códigos deontológicos de cada profesión ^{2,3}. Por otra parte, disposiciones legales como la Constitución Española ⁴ y leyes específicas, como la Ley Orgánica de Protección Civil del Derecho al Honor ⁵, la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal ⁶ o la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica ⁷ también regulan sobre la extensión de esta preservación de la información. También definen en qué circunstancias los profesionales deberían o no, ofrecerla información relativa a sus pacientes, que inicialmente fue aceptada bajo criterios asistenciales y por tanto, está sometida a la protección de su confidencialidad.

El Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, viene promoviendo la creación, dentro del plan general de e-Salud, la Historia Clínica Digital/informatizada (HCI) única ⁸. Este programa tiene varios objetivos: permitir que la información de los usuarios pueda ser compartida por los profesionales de todo el ámbito estatal, mejorar el nivel de gestión administrativa, ahorrar espacio de almacenamiento, promover la equidad de los tratamientos, estandarizar y protocolizar los procedimientos, favorecer el control y el cuidado de los contenidos, entre otros.

El Hospital Universitari de la Vall d'Hebron ha sido uno de los primeros centros públicos en Cataluña, en introducir el sistema SAP (acrónimo de *Systems Applications and Products in Data Processing* 9). Se trata de un sistema informático de gestión de información sanitaria diseñado por una compañía alemana, que el Instituto Catalán de la Salud ha elegido con el objetivo de modernizar y unificar la información del sistema de atención sanitaria, tanto de naturaleza asistencial, como administrativa, económico-financiera y logística. Además, el sistema fue diseñado con los criterios de agilizar, con

el correspondiente ahorro de costes, los servicios de enfermería, farmacia, laboratorio y técnicas de imagen.

Por otra parte, en el campo de la salud mental, la confidencialidad es una de las bases de la construcción de la llamada alianza de trabajo, por cuanto refleja el grado de confianza del paciente en los profesionales. Por otra parte, aún hoy, a pesar de los progresos en la asistencia integrada de la salud mental en las redes de asistencia generales, existe el temor por parte de los usuarios, a ser estigmatizados y recibir una valoración discriminatoria por realizar consultas psiquiátricas, a diferencia de otras especialidades sanitarias ¹⁰. También los profesionales de esta especialidad sanitaria son especialmente sensibles a esto ¹¹. Los estudios realizados sobre la importancia de preservar la confidencialidad en la relación terapéutica, han evidenciado que es uno de los factores más importantes tanto para los pacientes como para los profesionales ¹. Un estudio sobre el uso de los registros electrónicos demostró que la preocupación de los psicólogos y los psiquiatras por la privacidad y la seguridad de la información sobre sus clientes, era un obstáculo significativo en el uso de estos registros y planteó la disyuntiva entre accesibilidad vs seguridad y privacidad ¹¹. En el mismo estudio, el 63% de los clínicos estaban menos dispuestos a registrar información clínica y el 83% no registraría su propia historia clínica.

Aun siendo conscientes de que en este campo la confidencialidad nunca se podrá proteger de forma absoluta, sea cual sea su formato de registro (papel, grabaciones, etc.), es sabido que los profesionales han implementado recursos de uso personal para su protección, tales como obviar información o codificarla de forma subjetiva, entre otras.

Los objetivos de este estudio son conocer las opiniones que tienen los profesionales de salud mental sobre la utilización de la nueva HCI e identificar las estrategias utilizadas para preservar la confidencialidad de la información recogida en este formato, con el fin de hacer propuestas que puedan conciliar el uso de las HCI con el derecho y obligación de preservar el secreto sobre la información de los pacientes.

Método

Muestra

El presente estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron, entre los meses de noviembre 2010 y marzo de 2011.

La muestra del estudio estuvo constituida por la población activa del servicio, 70 profesionales, psiquiatras, psicólogos y enfermeros; además de profesionales en formación (MIR y PIR). Las tareas asistenciales de estos, se desarrollan en diferentes ámbitos clínicos: Patologías mentales generales (Unidad Hospitalización de Agudos), Interconsulta Hospitalaria, CAS (Centro de Atención y Seguimiento en drogodependencias) y atención ambulatoria (Programas de Atención Especializada Suprasectorial).

Diseño

Para la ejecución del proyecto se desarrollaron dos etapas de trabajo sucesivas (ver figura 1):

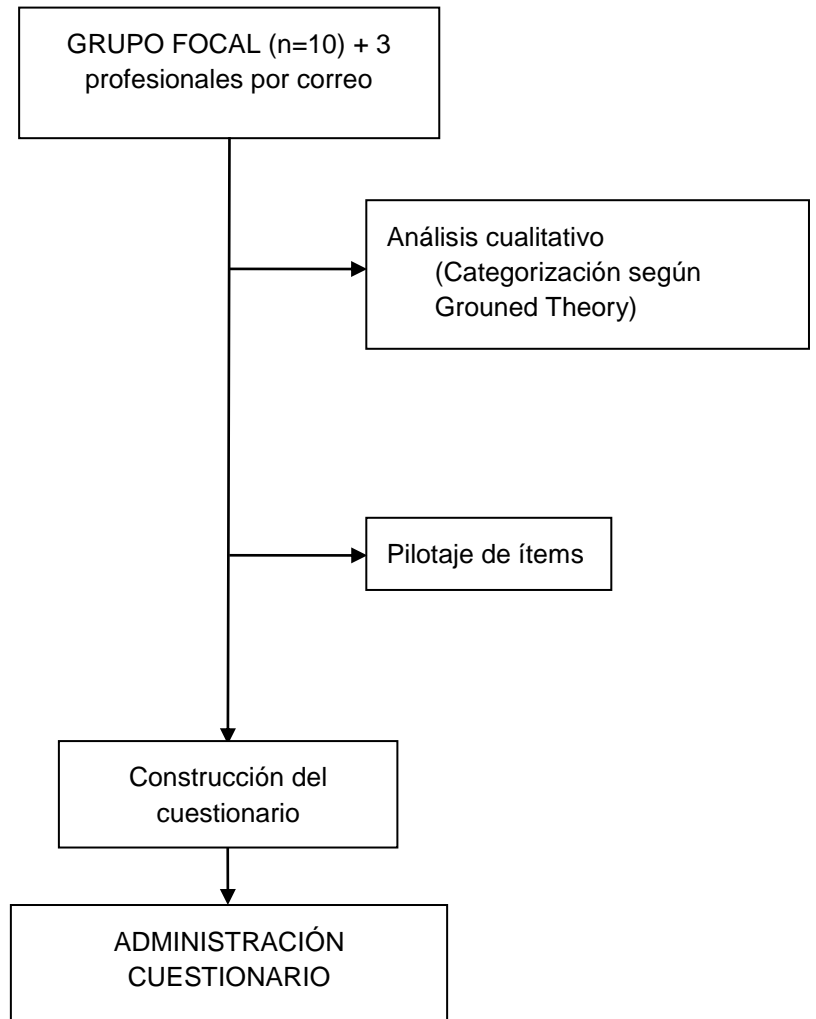
Primera etapa: Recogida de información cualitativa

Se realizó un grupo focal con 10 profesionales, representativos por rango etario y de especialidad utilizando metodología de observación participante ¹². Además se envió una entrevista escrita a otros siete profesionales. El objetivo de esta etapa fue identificar los aspectos considerados por los profesionales para la preservación de la confidencialidad, con la aplicación institucional de la HCI.

Segunda etapa: Confección y administración del Cuestionario

A través de una metodología cualitativa descrita posteriormente, se confeccionó un cuestionario que recogió la información evaluada y sintetizada, producto de la etapa anterior. Este cuestionario recogía también información sociodemográfica: profesión, género, lugar de trabajo, área de trabajo y antigüedad en la profesión, escalas sobre la confidencialidad de la HCI y su utilidad (ver anexo 1). Después de una etapa piloto de comprobación de la validez de contenido de los ítems, se administró a los 70 profesionales.

Figura 1. Etapas de trabajo del proyecto.



Análisis

Los contenidos extraídos del grupo focal y de las entrevistas fueron analizados a través de categorías, utilizando metodología basada en la *Grounded Theory*¹³. En cuanto a la metodología de análisis cualitativo, se describieron las frecuencias y se comprobó la estructura de las distintas partes del cuestionario (a través de la técnica de análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación Varimax utilizando como criterio un autovalor mayor a uno). Posteriormente se testaron las correlaciones con las variables sociodemográficas a través de las pruebas de T de Student, análisis de la varianza y correlación de Pearson. Se aplicó corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples (0,05 / 13 puntuaciones=0,004).

Resultados

Resultados del análisis de la Información Cualitativa

Diez profesionales (5 Psiquiatras, 4 Psicólogos/as y 1 Enfermera) participaron en el grupo focal. Este se desarrolló durante dos horas. Otras tres entrevistas se realizaron por correo electrónico, para ofrecer esta opción de participación a profesionales que por incompatibilidad horaria no pudieron asistir al grupo focal. Esta información complementaria, arrojó resultados similares.

Las respuestas de los participantes fueron registradas, bajo autorización verbal de los participantes, para poder proceder a un análisis posterior más exhaustivo.

Los temas abordados y un listado de las categorías extraídas se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Síntesis de las categorías de respuesta derivadas del grupo focal y las entrevistas.

1) “¿Alguna vez se han planteado si la confidencialidad es un problema para escribir en la Historia Clínica?”

Todos se lo habían planteado, e incluso muchos habían tomado medidas, aunque en algunas unidades los informes siguen en papel.

La mayoría cree que se está perdiendo información, tanto por su sensibilidad, como por la dificultad técnica de poder reflejarlo en el SAP (ejemplo: el genograma del paciente).

Algunos profesionales incluso no escriben los informes en el SAP.

2) “¿Tienen alguna experiencia/s específica/s sobre este tema?”

Aunque no de forma mayoritaria, algunos pacientes se han mostrado preocupados por la confidencialidad, especialmente si tienen contacto con más profesionales sanitarios de la misma institución. Algunos, incluso, han pedido explícitamente que no se anotara cierta información.

3) “¿Piensan que el uso de la Historia Clínica Informatizada, puede promover o crear dificultades en la relación terapéutica?”

Algunos creen que genera desconfianza en el paciente (especialmente si es alguien que conoce el sistema o puede acceder a él con facilidad).

El Escribir en el ordenador, durante la visita, es valorado como que puede ser considerado una falta de atención.

Se describieron experiencias, donde los pacientes se pueden negar a que se registre cierta información, pero si no quiere constar en el SAP, no se le podrá atender, por ejemplo en las Urgencias.

También se explicó que la información registrada en la relación terapéutica puede ser utilizada en contra del paciente, si se realizan acciones que consiguen vulnerar las barreras informáticas de protección.

4) “¿Qué recursos han implementado para salvaguardar la confidencialidad?”

Uso de una doble Historia Clínica, aunque produce una duplicación del trabajo y presenta problemas de almacenamiento.

Usar la pestaña “Anotación subjetiva” del SAP, con el inconvenientes de que si no hay una seguridad supervisada, puede ser un contenido que se puede volcar en el informe.

Omitir información: No poner información sobre episodios violentos, agresiones, etc., sospechas, aspectos de la identidad sexual o contenidos “sensibles”

Realizar los informes a mano, con letra de difícil legibilidad, en papel y omitir la información en el SAP.

Uso de una doble Historia Clínica, aunque produce una duplicación del trabajo y presenta problemas de almacenamiento.

5) “¿Cuáles serían sus propuestas para mejorar el sistema actual, el SAP, en cuanto proteger la “información sensible” del paciente?”

Fortalecer la seguridad del sistema.

Establecer limitaciones o restricciones a determinados ámbitos o especialidades.

Crear un espacio en el SAP, de acceso restringido solo para psicólogos y psiquiatras.

Exigir una doble contraseña para acceder al curso clínico (un participante explica que así se realiza en la CCAA de Castilla la Mancha).

Poder ejercer más control sobre quién accede a dicha información.

Solicitar el Consentimiento informado del paciente.

Reducir el tiempo de cierre de la sesión.

Agregar aplicaciones para escanear imágenes, genogramas, tests, informes externos, etc.

Mejorar la pestaña de “Anotaciones subjetivas” del aplicativo.

6) “Comentarios/otros temas afines”

¿Hace falta tratar diferente a los enfermos mentales? ¿Estamos fomentando la estigmatización?

Hay que evitar escribir en el ordenador delante del paciente.

¿Dónde se tendrían que guardar los informes?

Construcción del cuestionario

Partiendo de las respuestas y opiniones antes planteadas se construyó un cuestionario con la siguiente estructura (ver anexo al final del manuscrito):

1. Información sociodemográfica y profesional.
2. Tres preguntas generales sobre el uso, la problemática y la confidencialidad asociada a la HCI (respuesta tipo Likert, cinco puntos de anclaje).
3. Diez preguntas sobre el uso de la HCI (con respuesta verdadero/falso) basadas en los resultados del análisis cualitativo descrito anteriormente sobre ventajas e inconvenientes que encontrados al sistema SAP y a las HCI, en general.
4. Una pregunta general sobre el riesgo percibido de que la HCI pueda promover o crear dificultades en la relación terapéutica.
5. Escala de 11 preguntas sobre aspectos y situaciones concretas de dificultades en la relación terapéutica (con respuesta verdadero/falso + una medida de frecuencia), basado en las respuestas a la pregunta 3, “¿Piensas que el uso de la HCI, puede promover o crear dificultades en la relación terapéutica?”.
6. Preguntas sobre las cinco principales estrategias escogidas para salvaguardar la confidencialidad, usadas por los clínicos (escala de frecuencia de 1, nunca a 5, siempre) basada en la pregunta 4, “¿Qué recursos has implementado para salvaguardar la confidencialidad?”.
7. Propuestas de cambio. Siete propuestas basadas en las principales aparecidas durante las entrevistas (verdadero/falso).

Resultados del análisis de las respuestas al cuestionario

Del total de 70 profesionales del servicio de psiquiatría, a las cuales se distribuyó el cuestionario, un total de 58 de ellos, con uso diario de la HCI, respondieron al mismo (82,9% tasa de respuesta).

La tabla 2 muestra la composición de la muestra. Aunque en pocos casos, algunos profesionales prefirieron omitir algunos datos y esto ha sido respetado añadiendo categorías “no contesta”.

Tabla 2. Composición de la muestra

| Variable | N | % |
|--|----|--------------------------|
| Sexo | | |
| Mujer | 36 | 62,1 |
| Hombre | 19 | 32,8 |
| NC* | 3 | 5,2 |
| Lugar de trabajo | | |
| Vall d'Hebron | 50 | 86,2 |
| Sant Rafael | 4 | 6,9 |
| NC* | 4 | 6,9 |
| Profesión | | |
| Psiquiatra | 32 | 55,2 |
| Psicólogo/a | 21 | 36,2 |
| Enfermero/a | 5 | 8,6 |
| Lugar de trabajo** | | |
| Hospitalización | 27 | 46,6 |
| Consultas externas | 35 | 60,3 |
| Drogodependencias | 13 | 22,4 |
| Interconsulta | 10 | 17,2 |
| NC* | 3 | 5,2 |
| Años de experiencia profesional | | Desviación típica |
| Media | | 9,973 |
| 11,11 | | |

*NC: No contesta

** Variable no excluyente ya que hay profesionales trabajando en más de un área al mismo tiempo

Frecuencias de las respuestas al cuestionario

Hubo un predominio de personas que respondieron haberse planteado “algunas” o “bastantes veces” si la HCI es un problema para la confidencialidad. Ningún profesional respondió “nunca” mientras que un 31% respondieron “Casi siempre o siempre”. La mayoría de los profesionales opinaron que “la información en salud mental requiere más confidencialidad que en otras especialidades sanitarias” (53,5% casi siempre o siempre). Del mismo modo, se refleja un gran acuerdo en que la HCI es un problema para la confidencialidad (77,6% de acuerdo o totalmente de acuerdo).

De forma mayoritaria se produjo un acuerdo general a las preguntas sobre las ventajas e inconvenientes de la HCI. En otros casos, las respuestas afirmativas estuvieron por debajo del 75% (“limita el trabajo a profesionales sin conocimientos informáticos”, “se escribe menos”, “modifica el léxico”). En el caso del ítem sobre la disminución de la estigmatización incluso se produjo una mayor frecuencia de respuestas negativas (53,4%).

Se objetivó una cierta divergencia en la opinión sobre las dificultades que puede generar el uso de la HCI en la relación terapéutica, aunque más del 40% apoyaron esta hipótesis. Se halló un gran acuerdo en la opinión de que el uso de estas tecnologías puede implicar que el terapeuta “se inhiba de escribir contenidos” (86,2%), “que el paciente se sienta mal” (84,5%) o que “cierta información no se registre” (72,4%). También hubo un gran consenso en la opinión sobre que los pacientes no supervisan los contenidos de la HCI (84,5%) o que no piden copia de esta (93,1%). La distribución de respuestas sobre la posibilidad de generar conflictos entre pacientes que forman parte de la propia institución, estuvo equilibrada (52,6% verdadero).

En cuanto a las estrategias utilizadas por los profesionales, se evidencia una baja frecuencia en la implementación de éstas (entre el 40 y 75% de los profesionales no las habían ejecutado nunca), para preservar la confidencialidad e incluso la mayoría reconocen que alguna vez asumen “que se pierda información en el registro de HCI”.

Como estrategias planteadas, destaca la general aceptación de casi todas las propuestas del cuestionario, con la excepción de los casos de la “protección con doble contraseña” y “la disminución del tiempo que permanece abierta la aplicación después de su uso”, ítems en los que la distribución fue prácticamente equitativa, reflejando diversidad de opiniones.

Estructura y homogeneidad de las escalas

En primer lugar, se analizó la estructura de cada subescala a través de análisis factoriales. Al haber muy pocos datos perdidos, se remplazaron con la media en cada caso. En las tabla 3 se pueden observar las estructuras rotada (Varimax) de las diferentes escalas. En la parte superior de estas tablas se pueden observar los nombres que recibió cada dimensión.

Tabla 3. Estructura de las escalas sobre la Historia Clínica Informatizada

| PRIMERA ESCALA: Utilidad de la Historia Clínica Informatizada | | | | | |
|--|-------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <i>Total varianza explicada: 58,204%</i> | Ventajas HCI | Inconvenientes HCI | Cambios HCI | -- | -- |
| Agiliza el trabajo entre diferentes profesionales. | ,808 | | | | |
| Facilita la comunicación entre los diferentes centros asistenciales. | ,760 | | | | |
| La información, especialmente farmacológica, es útil para otras consultas, como las urgencias o la atención primaria. | ,735 | | | | |
| Facilita ver las pruebas médicas y/o diagnósticas. | ,657 | | | | |
| Se escribe menos y con más ambigüedad. | | ,725 | | | |
| Se pierde información, con el fin de garantizar la privacidad del paciente y de su entorno. | | ,696 | | | |
| Promueve la no-estigmatización, al recibir el mismo trato el resto de información sanitaria que la información sobre salud mental. | | -,580 | | | |
| Limita el trabajo a los profesionales que no tienen facilidad con las nuevas tecnologías. | | ,511 | | | |
| Modifica el léxico profesional, porque deberá ser leído y comprendido por otros profesionales de otras especialidades. | | | ,779 | | |
| Limita introducir cierta información significativa (por ejemplo el genograma). | | | ,689 | | |
| SEGUNDA ESCALA: Relación terapéutica. | | | | | |
| <i>Total varianza explicada: 70,820%</i> | Trato de la información | Control del paciente | Conflictos con el paciente | Reclamaciones (ítem único) | No protección (ítem único) |
| Los pacientes solicitan copia de la HCI para asegurarse de su contenido. | -,819 | | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|------|
| Ciertos contenidos "sensibles" no pasan nunca a la HCI para que otros profesionales no los lean ni los comenten entre ellos. | ,730 | | | | |
| El hecho de escribir en el ordenador durante la sesión, puede hacer sentir mal al paciente. | ,693 | | | | |
| Generalmente el terapeuta se inhibe de escribir ciertos contenidos, y no el paciente de explicarlos. | ,549 | | | | |
| Los pacientes prefieren no seguir el tratamiento si aparecen visualizadas sus visitas en el sistema informático (SAP). | | ,883 | | | |
| Los pacientes supervisan lo que se escribe en la HCI. | | ,794 | | | |
| Los pacientes hacen preguntas sobre la confidencialidad en la HCI. | | | ,776 | | |
| Genera conflictos con pacientes, que por pertenencia (de ellos o personas de su entorno) a la administración pública pueden acceder a la información de la HCI. | | | ,653 | | |
| Los pacientes realizan reclamaciones a las instancias superiores respecto de la HCI. | | | ,559 | -,547 | |
| Se pierde tiempo y/o atención al valorar lo que es conveniente escribir en la HCI. | | | | ,806 | |
| Otros profesionales no protegen cierta información sobre el paciente o la mencionan de forma inadecuada (por ejemplo: poner en la HCI "ha sido infiel"). | | | | | ,933 |
| TERCERA ESCALA: Estrategias utilizadas para salvaguardar la confidencialidad | | | | | |
| <i>Total varianza explicada: 55,815%</i> | Fragmentación de la información | Doble historia (ítem único) | Otras áreas (ítem único) | -- | -- |
| Asumo que pierdo información. | ,887 | | | | |
| Escribo notas, pero los informes completos los realizo en el ordenador. | ,721 | | | | |

| | | | | |
|--|------|------|------|--|
| Guardo lo que escribo en un pen-drive o en el ordenador | ,588 | | | |
| Tengo una doble historia clínica: la HCI y mis notas. | | ,916 | | |
| Escribo en áreas con protección de datos, como la llamada "anotación subjetiva" del SAP. | | | ,991 | |

CUARTA ESCALA: Sugerencias de mejora

| | Control administrativo | Aislamiento de la información | -- | -- | -- |
|---|------------------------|-------------------------------|----|----|----|
| Acortar el tiempo en que el sistema informático esté abierto aunque no se utilice. | ,751 | | | | |
| Controlar que la contraseña sólo sea utilizada por el profesional correspondiente. | ,724 | | | | |
| Crear alertas de seguridad de carácter disuasorio para quienes sin autorización o responsabilidad directa, entren a la HCI. | ,716 | | | | |
| Realizar un "consentimiento informado" donde el paciente elija acerca de lo que pasa con su HC. | ,523 | | | | |
| Crear un espacio dentro del Sistema Informático (SAP) en el que sólo pudiera entrar el profesional de Salud Mental o aquellos que él considere. | | ,800 | | | |
| Crear carpetas codificadas de acceso exclusivo al profesional o terapeuta responsable. | | ,718 | | | |
| Proteger con doble contraseña lo que escribe el profesional de salud mental. | | ,712 | | | |

Correlación con características sociodemográficas y opinión de la HCI

Se utilizaron técnicas bi-variadas para analizar la relación entre la opinión y el uso de estrategias relacionadas con la HCI. En cuanto a diferencias de género, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en cuanto a “Escribir en Áreas con Protección de Datos” aunque la significación no pasó la corrección de Bonferroni ($t=2,346$; $p=0,028$).

Hubo diferencias en relación al grupo profesional en los casos del “Trato de la Información” ($F=7,157$; $p=0,002$), el “Uso de una Doble Historia Clínica” ($F=5,951$; $p<0,005$) y las propuestas de cambio, tanto del “Control Administrativo” ($F=3,822$; $p=0,028$) como del “Aislamiento de la Información” ($F=4,312$; $p=0,018$). Al revisar estas diferencias, usando pruebas post-hoc, se advirtió que estas diferencias eran sobre todo por parte del grupo de psiquiatras (Tukey, $p<0,05$) y psicólogos (Tukey, $p<0,05$) respecto al personal de enfermería, sobre el “Trato de la Información”; entre psiquiatras y psicólogos en el caso de la “Doble Historia” (Tukey, $p<0,005$), y otra vez con el personal de enfermería en el caso de las propuestas (en estas cuatro comparaciones Tukey, $p<0,05$).

Los años de experiencia profesional, sólo correlacionaron significativamente con el control administrativo de manera negativa ($r=-0,314$, $p=0,021$); indicando un menor acuerdo con el control administrativo según aumentan los años de experiencia, aunque no pasó la corrección de Bonferroni.

Discusión

La digitalización de las HC, ha abierto un nuevo debate sobre la protección de la Confidencialidad. Existe un consenso entre los profesionales, los gestores y los usuarios sobre la necesidad de conciliar aspectos de actualización tecnológica con aspectos bioéticos, como son el cuidado de la información y especialmente la preservación de la Confidencialidad.

En este estudio, donde se pudo recoger la opinión y la experiencia de un grupo de profesionales de salud mental, se objetivó que a pesar de la percepción de vulnerabilidad de los sistemas informáticos, apenas se han promovido la búsqueda de fórmulas que protejan la información confidencial. Esto puede tener varias causas, una de las cuales es la baja exigencia de los pacientes. Este estudio permite objetivar la idea

de que deben ser consideradas las opiniones y sugerencias de los propios profesionales sanitarios, cuando se elaboran los programas y diseños informáticos que éstos deberán gestionar. Esta opción permite que los autores y propietarios de las HCI: profesionales, usuarios e instituciones, puedan velar por los aspectos éticos del ejercicio profesional, fundamentalmente del cuidado de la información del paciente. Por ello es importante la implicación y el debate entre todos estos colectivos, en lo que a la mejora de la HCI, se refiere.

Cómo se ha podido comprobar, también son importantes las diferencias que surgen entre los distintos grupos, diferenciados por tipo de profesión y aunque menos numerosas, entre las distintas franjas generacionales.

El propio estudio ha sido de gran utilidad para poder valorar cualitativa y cuantitativamente las estrategias sugeridas por los profesionales de Salud Mental para preservar la confidencialidad sobre información sensible de sus pacientes.

También consideramos que este no es el punto final del proceso, sino el inicio de varias líneas futuras. Entre ellas, a) compatibilizar las exigencias del sistema de HCI con la necesidad de preservar la confidencialidad sobre algunos aspectos, proponiendo cambios en la accesibilidad y b) verificar que estos cambios propuestos tengan la eficacia y la eficiencia buscada, siempre dentro de la normativa vigente y bajo los condicionantes de su utilidad clínica.

Por otra parte, el equipo investigador también valora el poder extender este tipo de estudio a otros centros y a otros colectivos, pudiendo valorar la confluencia de necesidades, pero también de limitaciones, que toda nueva tecnología requiere en los inicios de su implementación.

Agradecimientos: Este trabajo se pudo realizar gracias a la Fundación Víctor Grífols i Lucas a través de un premio de investigación sobre bioética.

Bibliografía

1. Joseph D, Onek J. Confidentiality in psychiatry. In: Bloch S, Chodoff P, eds. *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1991:313–340.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid; 2011:58.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. *Código Deontológico*. 2010:18.
4. Anon. Constitución Española, Título I, artículo 18.1. 1978.
5. Anon. Ley Orgánica, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen. 1982.
6. Anon. Ley Orgánica, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. 1999.
7. Anon. Ley de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002.
8. Ministerio de Industria Turismo y Comercio. *Informe Plan Avanza, Educación, Sanidad y Justicia, Gobierno de España*. 2011.
9. Anon. Systems Applications and Products in Data Processing. Available at: <http://www.sap.com>.
10. Sartorius N. Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental. *Avances en Salud Mental Relacional*. 2003;2(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/1045>. Consultado el 19 de enero de 2012.
11. Salomon RM, Blackford JU, Rosenbloom ST, Seidel S, Clayton EW, Dilts DM, Finder SG. Openness of patients' reporting with use of electronic records: psychiatric clinicians' views. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2010;17(1):54-60.
12. Douglas JD. *Investigative Social Research*. Beverly Hills, CA: Sage; 1976.
13. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine; 1967.