

HISTORIA CLÍNICA ÚNICA ELECTRÓNICA Y DERECHO A LA INTIMIDAD: ¿COMPATIBLES O INCOMPATIBLES?

Por: MARÍA ALEJANDRA LÓPEZ MARÍN¹

MELANIA ISABEL MONTOYA GÓMEZ²

RESUMEN

En este artículo se busca mostrar la evolución de la historia clínica a través del tiempo, y la especial importancia que tiene esta en la relación médico-paciente, pues de un adecuado manejo de la historia clínica se deriva una atención más integral y eficiente, por eso también la necesidad de sistematizar la historia clínica de una forma idónea y efectiva, que facilite el acceso a la salud, pero garantizando siempre el derecho a la intimidad de los pacientes.

Palabras clave

Historia clínica única electrónica, derecho a la intimidad.

ABSTRACT

This article seeks to show the evolution of the clinical history over time, the special importance that this has in the doctor - patient relationship, since an adequate management of the clinical history results in a more integral and efficient care. Therefore, the need also to systematize the clinical history in an appropriate and effective way that facilitates access to health, but always guaranteeing the right to privacy for patients.

¹ Médica egresada de la Universidad Tecnológica de Pereira. Abogada egresada de la Universidad Libre, Seccional Pereira. Contacto: alejitalopez@yahoo.com

² Abogada egresada de la Universidad Libre, Seccional Pereira. Contacto: mimontoyagomezabogada@gmail.com

Keywords

Electronic unique clinical history, right to privacy.

INTRODUCCIÓN

Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en los bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución. (...) (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 15).

Con base en lo anterior, ¿debe la historia clínica, teniendo en cuenta que es un documento inherente a cada ser humano, hacer parte integral de este derecho a la intimidad?

La historia clínica está contemplada legalmente como un documento privado, sometido a reserva, y el Estado debe garantizar en todo momento la custodia del mismo, evitando su uso indebido y para unos fines ajenos a los que ha sido destinada.

La evolución desbordante de la tecnología ha obligado al sistema de salud a evolucionar en sus registros médicos, de allí la implementación de la historia clínica electrónica, la cual ha sorteado grandes dificultades siendo imposible, hasta el momento, conseguir que esta logre ser un documento integral, sino segmentado, poniendo en entredicho su efectividad al momento de acceder a

ella con el fin de brindar un diagnóstico y tratamiento asertivo, y sobre todo creando inseguridades sobre la confidencialidad y reserva de la misma.

1. ORIGEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica se considera que comienza con HIPÓCRATES (460 a. C. - 370 a. C.), conocido como el Padre de la Medicina, el cual instituyó el ejercicio de la medicina como una ciencia, y con el fin de progresar en su evolución, se consideró la necesidad de llevar las observaciones clínicas por escrito, surgiendo el registro de las condiciones del paciente, procedimientos y tratamientos realizados.

De este modo, “las primeras historias clínicas se encuentran en los libros *Las Epidemias I y II* del *Corpus Hipocraticum*. En la edad media son llamadas *Los Consilia*, luego en el renacimiento serán llamadas *Observatio*” (FOMBELLA P., 2012, pp. 22-23).

Para el siglo XX, cuando empieza a surgir la psiquiatría, se reconoce la importancia del registro secuencial del curso de la enfermedad, época en la cual se da el desarrollo tecnológico que permite la existencia de varias especialidades médicas.

La Segunda Guerra Mundial es el escenario que permite que la enfermería se convierta en una profesión autónoma, y con ella el registro de los cuidados del paciente.

Al surgir el derecho se le da el carácter legal a la historia clínica, vista ahora desde un punto de vista jurídico como un documento legal y de obligatorio cumplimiento para los profesionales del área de la salud, que a su vez debe garantizar la reserva y el secreto profesional (MARTÍNEZ, 2017 p. 13).

Entre los diversos componentes que tiene la historia clínica se encuentra su parte narrativa, donde se observan de manera cronológica los hechos de la vida de una persona, nacimiento, enfermedades, cirugías, muerte, entre otras, y su carácter científico que pretende que, al registrar las condiciones de salud, se permita llevar un histórico de su evolución que pueda orientar tanto el diagnóstico como el manejo. Ha prestado significativos aportes al área de investigación y a la docencia, y es un importante elemento administrativo que lleva cuenta de los recursos destinados a la atención de cada paciente, todo lo cual tiene carácter médico-legal (GUZMÁN, 2012).

2. DESARROLLO NORMATIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA, DESDE LA HISTORIA DE PAPEL HASTA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

En Colombia se podría decir que la regulación normativa de las historias clínicas empieza con la Ley 23 (CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1981), conocido como el Código de Ética Médica, donde se encuentra la definición de historia clínica como el conjunto de anotaciones que registra las condiciones de salud de un paciente, el cual es obligatorio para el médico responsable de su atención, y que tiene un carácter privado y de secreto profesional que se debe cumplir, por lo que su divulgación solo está permitida en los casos que contemple la ley, y a las personas que tengan su autorización.

Cuando entró en vigencia esta ley el modelo de ejercicio médico era totalmente diferente al actual. La atención de cada paciente estaba en manos de un médico de forma particular, el cual incluso se encargaba de atender a toda la familia, por lo que los registros eran más sencillos, y se hablaba de que “al cambiar de médico, éste debía entregar directamente a su colega todos los registros que tuviese en su poder, así como los documentos anexos (radiografías, paraclínicos) a su reemplazo” (Ley 23 de 1981, citada por ICBF,

2018), motivo por el que se consideraba que la medicina tenía un modelo paternalista.

Al implementarse la Ley 100 (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1993) se globaliza el modelo de atención, quedando direccionado por las Empresas Promotoras de Salud, las cuales captan la población general y contratan los servicios de atención a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios, y las Empresas Sociales del Estado, con lo que la salud deja de estar a cargo de médicos particulares y se institucionaliza la prestación del servicio a cargo de estas entidades, correspondiendo a ellas la custodia de las historias clínicas, por lo tanto se implementa una nueva normatividad que acoja estos cambios en la atención, a cargo del Ministerio de Salud (1999) en la Resolución 1995, en la que se mantiene la definición de historia clínica de la Ley 23 (CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1981), pero se empieza a implementar el término equipo de salud, considerando que la atención del paciente ya no está a cargo de un solo médico, sino que es un esfuerzo interdisciplinario de varias especialidades, pero que igualmente debe mantener sus características de privacidad, obligatoriedad y restricción de dominio público, y conocimiento solo en los casos autorizados por la ley.

En esta resolución se establecen las características de la historia clínica en cuanto a su integralidad, que se refiere a reunir toda la información concerniente a los aspectos científicos, técnicos y administrativos, pero considerándolos desde las perspectivas biológica, psicológica y social, y considerando a la persona en todas sus dimensiones. Debe también tener una secuencialidad, referida a la cronología de los registros. La racionalidad científica, que consiste en la aplicación de los conocimientos científicos en los casos concretos y en las conductas que de ella se desprenden, debe estar disponible bajo las circunstancias determinadas por la ley, y también la oportunidad en el registro que debe ser simultáneo a la prestación del servicio, o inmediatamente posterior a este:

La historia clínica previamente considerado como un registro que era más del médico para su conocimiento y seguimiento se convierte en un documento legal del que se exige una rigurosidad que es más propia de las leyes y se insta a cada institución a hacerse responsable por la historia clínica desde su apertura hasta garantizar su custodia y conservación (MINISTERIO DE SALUD, 1999, art. 1°).

Inicialmente los registros se hacían de forma manual, con dificultades técnicas tanto para su interpretación como conservación, sin poder garantizar que no perdieran la integridad a través del tiempo. Conforme avanza el desarrollo tecnológico se considera que estos registros manuales se vuelven obsoletos. GIMÉNEZ DE ASCÁRATE (2003) establece algunas de las principales dificultades relacionadas con este tipo de registros por el desorden, falta de uniformidad, información ilegible a pesar que la norma es clara en la obligatoriedad de los registros legibles, presencia de tachones, enmendaduras, falta de disponibilidad y acceso a la información por lo dispendioso del manejo de un archivo con tanta información, así como errores en el proceso de archivo como tal. No era posible garantizar la confidencialidad, puesto que las historias escritas estaban al alcance de cualquier persona que tuviese acceso al servicio, y el esperable deterioro de la calidad del papel tanto por el paso del tiempo como por la ocurrencia de accidentes provocado por el agua y el fuego. No era fácil la extracción de información con fines de estudios científicos.

Considerando todo lo anterior, y con la tecnología disponible, se considera la Historia Clínica Electrónica (HCE) como el medio más eficaz para solucionar todas las dificultades que se venían presentando, y de esta manera también, al digitalizar los archivos, se podría obtener de una manera más ágil los elementos necesarios para estadísticas y con ello planes de acción frente a las necesidades que se pudiese identificar. También la conservación puede ser mayor en el tiempo y sin el deterioro inherente al papel.

MINOTA y CARDONA (2016) analizan las ventajas que tiene este nuevo modelo de historia clínica, identificando la disponibilidad de:

(...) un texto legible, trazabilidad de la información, registro automático por atención médica, secuencia lógica y ordenada en el contenido del registro médico, accesibilidad fácil y rápida, durabilidad, consulta en menos tiempo, integración automática, legalidad en el contenido, estandarización de la información, favorecer las estadísticas en tiempo real. Por medio de las herramientas de sistemas se podría tener control de acceso por medio de permisos y de esta forma seguridad de la información.

Llegando a la conclusión que la sistematización es un camino para superar muchas de las barreras presentadas anteriormente con los registros manuales.

Entre tanto en el Congreso de la República (2011) se le da trámite a la Ley 1438, en la cual se establece la obligatoriedad para todas las instituciones de salud del registro de sus historias a través de una historia única electrónica que empezaría a regir a partir del año 2013.

El Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2017) implementa en el Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones una definición de historia clínica electrónica, donde se complementa al conjunto de registros sobre el estado de salud, los actos médicos y los procedimientos, pero que estén incluidos en un expediente electrónico. Se preserva el deber de reserva, confidencialidad, obligatoriedad, y la autorización que se requiere para su consulta. Lleva un poco más allá los alcances de la historia, considerando que además de la condición clínica y psíquica, deben incluir aspectos sociales,

culturales, económicos y medioambientales, considerando que estos influyen en la salud del paciente.

En cumplimiento a esta normativa se implementó en cada institución un software propio, en el cual se lleva el registro de historia clínica. Sin embargo, no hay un sistema que permita la comunicación entre las instituciones para que la consulta de la historia se haga de un modo global, es decir que, independiente del sitio de atención del paciente, pueda tenerse acceso a la información desde otras ubicaciones.

El Ministerio de Salud (2012), en un intento por unificar los registros de atención que cada entidad tiene de un mismo paciente, ha establecido unas herramientas que permiten la compilación de la información a través de las instituciones con un carácter epidemiológico, pero no es posible consultar entre una institución a otra la información contenida, y para poder tener acceso a ella es el paciente quien debe realizar una solicitud personal de la historia, la cual se entrega en un medio digital, muchas veces desconociendo si está completa o no.

Se considera que esta falta de integración de información de las historias de un mismo paciente entre las instituciones genera barreras a la hora de realizar valoraciones, por parte de los médicos, de los estudios realizados previamente, de su evolución, tratamientos recibidos; igualmente, la disponibilidad de estos registros en línea representa un desafío para el tema de la confidencialidad, elemento indispensable en el manejo de esta sensible información, como se analizará a continuación.

3. CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SU RELACIÓN CON EL DERECHO AL A INTIMIDAD

La historia clínica posee información personal sensible, con una especial relación con el derecho constitucional a la intimidad, establecido en la Constitución Política (ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991) (art. 15). Se debe garantizar al usuario que, al consultar a cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud, estos registros van a quedar guardados bajo la más absoluta discreción, y solo podrán ser consultados por terceros previa autorización del titular de la información, o por las autoridades competentes, quienes también deben velar porque su información no sea mal utilizada.

Esta disposición ha sido prevista por la norma a través de la Resolución 1995 (MINISTERIO DE SALUD, 1999), donde se establece cuáles son las personas que tienen acceso a la información de la historia clínica, siendo estos el usuario como tal, equipo de salud, autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la ley, y demás personas con autorización de la ley.

Sobre este tema de confidencialidad ha correspondido a la Corte Constitucional (1996) examinar en diferentes acciones de tutela y en sentencias de constitucionalidad los alcances que tienen las disposiciones para que no vulneren tampoco el derecho al acceso a la justicia de la sociedad en general:

En la Sentencia C-264 de 1996, examinó la constitucionalidad de los artículos 37 y 38 de la Ley 23 de 1981 relacionados con el secreto profesional y la reserva de la historia clínica y en qué momento es válido revelar este secreto, considerando que por la información que tiene la historia debe ser conocida por el paciente y el médico y solo

con autorización del paciente puede revelarse el contenido a un tercero (CIFUENTES, 1996).

El secreto profesional consiste en un deber que le asiste a los médicos en especial, y al personal de salud en general, de abstenerse de comentar las situaciones relacionadas con el paciente sin su consentimiento.

Se concluye del análisis que cuando exista un motivo para levantar el deber de reserva, se debe tener especial cuidado en limitarse al objeto para el cual se hace esta autorización, y en ningún caso los datos que se extraigan de ella podrán ser utilizados en un proceso judicial si no se acredita que se cumplieron los procedimientos necesarios para obtener la autorización del paciente.

Se especifican situaciones graves que pueden contener información sobre un delito o afectar la salud pública, en las cuales se releva al galeno de esta obligación.

Son diversos los pronunciamientos sobre este tema de la confidencialidad, reflejados en varias sentencias de tutela que han sido objeto de revisión. A continuación, se hará una breve mención de algunos de estos pronunciamientos, donde queda demostrada la posición de la Corte.

En la Sentencia T-161 (CORTE CONSTITUCIONAL, 1993) se determina la prohibición de solicitar la historia clínica por parte de los empleadores, debido a que este documento hace parte de la intimidad del trabajador y se estaría violando este derecho.

En la Sentencia T-413 (CORTE CONSTITUCIONAL, 1993) se estudia una acción de tutela donde a un militar se le expuso públicamente su historia clínica para que otras personas la conocieran, lo que llevó a la Corte a proteger el derecho a la intimidad de esta persona, ordenando a la Armada Nacional retirar las

publicaciones realizadas y los archivos guardados que no habían sido autorizados judicialmente como era debido.

En la Sentencia T-443 (CORTE CONSTITUCIONAL, 1994) se conoce el caso de una madre que solicita la historia clínica con el fin de saber si su hija nació viva o muerta porque le practicaron una cesárea, y la información que obtuvo era que había nacido muerta pero no se la mostraron. La Corte en esta oportunidad le concede el amparo solicitando que se le entreguen los documentos requeridos.

Una Sentencia muy importante es la SU-256 (CORTE CONSTITUCIONAL, 1996), en la cual se toca un tema delicado sobre el manejo de la información de los pacientes con SIDA. Se vulneró el derecho a la intimidad de un enfermo con este padecimiento porque la institución omitió el carácter de reserva que tiene la historia clínica al revelarla.

En la Sentencia T-623 (CORTE CONSTITUCIONAL, 1996) se analiza el caso en el que una notaría solicita la historia clínica de un particular. La Corte manifiesta que el Notario no era una persona judicialmente autorizada, y determinó también que el director de la Clínica expidió la copia sin el cumplimiento de los deberes legales vulnerando el derecho a la intimidad.

Otro caso manifiesta la situación de una mujer embarazada, a quien su empleador solicita historia clínica para determinar su estado de embarazo. En la Sentencia T-362 (CORTE CONSTITUCIONAL, 1999) se resuelve este asunto, donde la Corte ampara el derecho fundamental de la mujer embarazada aclarando que el empleador no era la persona autorizada para tal solicitud.

En la Sentencia T-158A (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008), al estudiar la solicitud de una ciudadana que pidió la historia clínica y acta de defunción de su madre fallecida para “asuntos personales”, la Corte decide tutelar esta solicitud a

favor de la accionante una vez anexara los documentos que acreditaran el parentesco, amparando así el derecho a la información de la familia.

Esta sentencia abre una puerta para la solicitud de historia clínica por parte de los familiares, y empieza a establecer una serie de requisitos para su solicitud que se revisará de forma posterior.

En otra Sentencia, la T-303 (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008), la madre de un militar fallecido en servicio solicita la copia de historia clínica con el fin de examinarla. La Corte decide que se debía entregar el documento, pero advirtiéndole a la accionante que sólo era para el fin que la había solicitado, y que de ningún modo podía hacerla pública.

En la Sentencia T-343 (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008) se retoma lo aplicado a la sentencia T-158A (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008). En esta oportunidad la madre solicita una historia de su menor fallecido a los 3 meses de edad. La Corte tutela esta petición considerando que la reserva no era aplicable al núcleo familiar del menor, considerando que su relación con el derecho a la intimidad que se pretendía proteger era especial.

En la Sentencia T-837 (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008) nuevamente se estudia la solicitud de familiares de personas fallecidas para acceder a la historia clínica, y la Corte estima que se debe entregar la copia de este documento, pero los familiares se deben comprometer a usarla solo para el fin expresado en la tutela, con lo que se configura otra regla para la solicitud de terceros, los cuales deben acreditar el parentesco y expresar por escrito el motivo de la solicitud.

Se concluye de lo revisado que la Corte protege el derecho a la intimidad pero llevan a otra realidad, y es que a la muerte de un individuo surgen otros derechos que son de orden familiar, como es el caso del derecho a obtener la

información veraz sobre la causa y motivos del fallecimiento, por lo que, con fundamento en toda la jurisprudencia mencionada, la Sentencia T-1146 (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008) presenta las siguientes conclusiones, donde se aprecian las reglas que se establecen para el acceso a la solicitud de historia clínica:

- a) La historia clínica es un documento legal sometido a reserva; su acceso está limitado al propietario o titular de la misma, y al personal asistencial que le preste atención médica, y solo por autorización expresa del paciente a un tercero, o por orden de autoridad judicial, esta reserva puede ser levantada.
- b) En caso de fallecimiento del titular sus parientes más próximos (padres, hijos, cónyuge o compañero permanente), y acreditando dicho parentesco, tienen derecho a acceder a la historia clínica, quedando en sus manos el carácter de reserva de esta, donde garanticen hacer uso de la información con discreción y para fines legítimos.
- c) No se puede exigir al titular de la historia clínica que presente copia de esta para hacer exigible un derecho.
- d) No se puede exigir a la familia de un fallecido la presentación de la historia clínica para hacer efectivo un derecho del cual son titulares, por ejemplo, las compañías de seguros.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios han acogido estas disposiciones y establecido mecanismos de entrega de historias clínicas, como un proceso visible y de fácil consulta para los usuarios que deseen el acceso en su información, como es el caso que veremos a continuación, tomado de la página del Hospital San Ignacio (s.f.), y de la cual se transcribe la siguiente tabla.

REQUISITOS PARA LA ENTREGA DE HISTORIA CLINICA SEGÚN EL CASO		
CASO	REQUISITOS	DOCUMENTOS
PACIENTE FALLECIDO		Registro Civil de defunción
	Acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica..	Registro Civil de Nacimiento, matrimonio, declaración de convivencia
	Expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de la Historia Clínica del paciente y comprometerse a mantener la debida reserva.	Comunicación solicitando la Historia Clínica e informando las razones de esta solicitud, y comprometiéndose a mantener la reserva de la información
PACIENTE MENOR DE EDAD	En aquellos casos en que no hubiere acuerdo entre los padres del menor "se acudiría al juez o funcionario que la ley designe para que dirima la controversia de acuerdo con las normas procesales pertinentes", no siendo entonces competencia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, resolver este tipo de diferencias	Documento de identidad madre o padre y del menor
PACIENTE	El paciente debe acercarse al Departamento de Estadística y Archivo y presentar la cédula de ciudadanía original, cedula de extranjería o pasaporte	Documento de identidad
TERCERO AUTORIZADO	En el caso que el paciente no pueda personalmente solicitar la copia de su Historia Clínica, puede autorizar a un tercero enviando comunicación de autorización y la copia del documento de identidad, la persona autorizada debe presentar su documento de identidad	Formato institucional de Autorización para Solicitud de Información de Historia Clínica o carta escrita de autorización expresa del paciente Fotocopia del documento de identificación del paciente Documento de identificación original del autorizado
SOLICITUDES EPS	Las EPS o IPS, deben enviar la solicitud de información de Historia Clínica al Departamento de Estadística y Archivo, con los datos completos del paciente, Nombre, Documento de Identidad; especificando los documentos que se requieren y la fecha de la atención del paciente en el Hospital	Correo electrónico: estadisticahusi.org.co

La anterior tabla a manera de ejemplo de cómo las Instituciones han adoptado los cambios jurisprudenciales derivados de los pronunciamientos de la Corte, y cómo el poder de estas decisiones judiciales lleva a una extensión de la normatividad para encuadrarla en los casos particulares que no estaban contemplados en la norma de forma expresa.

4. HISTORIA ELECTRÓNICA ÚNICA

Como se mencionaba, la dificultad de que cada institución tenga su propio software de historia clínica radica en la no disponibilidad de información

completa, y en el evidente fraccionamiento de esta. Sin embargo, se sigue considerando que la implementación de la historia electrónica única ofrecería ventajas como el acceso a la información de forma unificada. Ejemplo de esto es que en otros países se viene trabajando en esta realidad y se han logrado importantes avances en esta materia.

KINORI Y OTROS (2012) revisan las diferentes experiencias en varios países con relación a la implementación de las historias clínicas electrónicas.

Se habla de la *e-health*, término que se refiere al uso de las tecnologías de la información y la comunicación aplicadas al área de la salud, con el objetivo de centralizar la información y permitir su accesibilidad y disponibilidad.

Los autores mencionan que en Estados Unidos se han presentado dificultades en el manejo de la seguridad de la información y en la garantía de la privacidad de los datos por la obtención ilícita de información confidencial de pacientes, especialmente en el área de la salud mental, donde se considera que la información manejada es mucho más sensible y afecta, además del derecho a la intimidad, el buen nombre de los pacientes afectados, al poner en evidencia sus enfermedades mentales.

Con respecto a Brasil la implementación de esta unificación se hizo por etapas, definiendo inicialmente un proveedor, el comité a cargo del proyecto y sus funciones, la estandarización de la información, pasando al montaje de la información al software, aprobación y pruebas, la capacitación al personal y por último prueba inicial con la puesta en marcha. Allí la experiencia ha tenido una buena aceptación por parte del personal asistencial, quienes han considerado beneficios como el fácil acceso a la historia clínica, posibilidad de manejo de datos para fines estadísticos y estudios de salud pública, y también para organizar agendas (MINOTA, 2016):

En España la implementación de los registros digitales se viene coordinando desde hace tres décadas. En su experiencia se considera que el archivo electrónico de datos facilita el acceso a la información para indicadores de calidad, para el desarrollo de estudios de investigación, el acceso al control de los tratamientos recibidos por cada paciente y cambios en el manejo requeridos cuando se retire un medicamento del mercado por cuestiones de seguridad. Se ha logrado la integración de la información fraccionada en diferentes sistemas por ejemplo de servicios de radiología, laboratorio y evoluciones médicas, por medio de un sistema central que permite su recuperación, que han sido llamados almacenes de datos clínicos, logrando la unificación de la información sin importar la fuente de origen (GONZÁLEZ C., 2007).

El objetivo de la historia clínica única es encontrar en un mismo sitio la información de salud de una persona, ya no manejado desde la perspectiva del registro originado a partir de la consulta al profesional de salud o a un centro de salud, sino como parte de un sistema integrado de información clínica, llevando con esto la responsabilidad de garantía de seguridad y confidencialidad de la información.

Como estrategias para la seguridad, los países escandinavos y Luxemburgo, donde también se ha tenido la experiencia en esta implementación de la unificación, se diseñaron mecanismos como el uso de los números de identificación personal que tienen carácter nacional. En otros países como Irlanda, Portugal, Italia, Canadá, Alemania y España se crearon códigos nacionales o regionales, de utilización restringida para el sector salud. En Bélgica se utiliza un número identificador nacional solamente destinado y creado para este fin. Francia utiliza el número de la seguridad social, adicionando una clave de dos dígitos únicamente destinado al sector salud (AZCÁRATE, 2003).

En Colombia el proceso de implementación de la historia clínica electrónica se ha ido dando de forma paulatina en cada una de las instituciones involucradas en el sector salud, y tímidamente se ha abordado el tema de unificar el registro en un solo sistema de información. Los mayores temores con la creación de una historia clínica única electrónica son relacionados con la seguridad, llegando a considerar que debe ser tan estable y segura como la que se encuentra en los sistemas financieros, y en cuanto a costos, comparable con lo que cuesta la seguridad de los bancos que tiene los más altos estándares. Preocupa la posibilidad de delitos informáticos y de una pérdida masiva de los registros de forma indefinida, con la consecuente gravedad de lo que representaría para los usuarios la imposibilidad de acceder a su propia información, sin embargo se ha venido trabajando algunos modelos que puedan implementarse, considerando que puede ser viable la creación de una sola plataforma para centralizar la información, o continuar con el software en cada institución, pero logrando una comunicación entre ellos para acceder a dicha información (CORREA, 2016).

Analizando el tema de costos en implementación se necesitaría el cambio de los softwares utilizados, o la actualización de estos para que puedan cumplir con los requerimientos tecnológicos necesarios, bien sea para acceder a una plataforma única o lograr sistemas de comunicación entre ellos; también se requiere la capacitación del personal asistencial cambiando la forma tradicional de acceso, creación y manejo de la historia clínica. Podría incluir aspectos de cambio en la planta física, personal adicional ajeno al sector salud para que intervenga en los elementos tecnológicos, y ellos podrían tener el acceso a la información contenida en los registros, preocupando, por un lado, la confidencialidad, y de otro, la posibilidad de manipulación y alteración de registros. La inversión económica necesaria es de considerable importancia con unos altos costos de operación (SERNA, 2005).

De esta forma se logra identificar dos dificultades relevantes que retrasan su aplicación: la seguridad y los costos.

Con relación a la seguridad algunos autores plantean como solución que el paciente otorgue su consentimiento, explicándole que la información que está suministrando al médico, y toda la que se derive de su atención, va a ser digitalizada, y que sea el paciente el que autorice la sistematización o no de su información (GIMÉNEZ, 2018).

No ha tenido mucha resonancia esta solución planteada, considerando de qué manera debe quedar la constancia de dicho consentimiento para que sea válido, si de forma virtual o en físico. Al considerar en físico, con la debida firma e identificación, se abre la discusión sobre el manejo de los remanentes que aún quedan en papel en las instituciones, por ejemplo, los consentimientos informados quirúrgicos, que actualmente quedan almacenados en archivo diferente al digital, y que al ser manejado en papel tiene las dificultades para la conservación que se analizaba al revisar la historia clínica manual utilizada anteriormente. También es aplicable esto al caso de algunos paraclínicos, electrocardiogramas y otros que aún no se manejan de forma digital, por lo tanto, la discusión continúa abierta tratando de encontrar soluciones a las dificultades encontradas.

Sin embargo, sí se viene trabajando en el tema de proveedores de sistemas tecnológicos, quienes vienen trabajando en la digitalización de cada institución y la manera de unificar el sistema con la implementación de redes integradas de servicios de salud, donde se acceda a los diferentes sistemas.

En Colombia existen varias compañías encargadas del soporte informático a las instituciones prestadoras de salud, como por ejemplo la compañía HeOn, que ha implementado sistemas de salud que trabajan en historias clínicas electrónicas únicas en todo el territorio, dividido por empresas promotoras de

salud, que actualmente están disponibles las 24 horas y 365 días al año, siendo ejemplo de un modelo de unificación viable desde el punto de vista tecnológico. Está en proceso lograr que la integración incluya el laboratorio, farmacia e imágenes diagnósticas (EHEALTH REPORTER LATIN AMERICA, 2012).

El Dr. BENEDETTI A. (2016) publica un trabajo de campo donde se centró en identificar las barreras para la implementación de la historia clínica única electrónica en Colombia, que resulta interesante y apropiado con respecto al tema del presente artículo. Este estudio utiliza una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas a profesionales y expertos de 22 instituciones del sector salud, de Bogotá y de los departamentos de Cundinamarca, Santander, Antioquia, Caldas, Huila y Valle del Cauca. Como conclusiones se logran identificar entre las principales dificultades:

- a) Las barreras humanas por el cambio necesario en la mentalidad de los profesionales de la salud y los pacientes.
- b) Falta de información y capacitación sobre el uso de estas tecnologías en el sector salud.
- c) No se encuentra legislación sobre las personas con discapacidad, menores de 18 años y mayores de 65 para el uso de la historia clínica electrónica.
- d) Los altos costos de implementación, la creciente demanda de los servicios de salud requeriría de sistemas de información de mayor valor económico al que las instituciones pueden acceder.
- e) Legal, por el incumplimiento de la ley 1438 2011 por parte de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, así como la

inobservancia de la Resolución 2003 de 2015, que exige registros de historia clínica para la habilitación.

- f) Falta de normatividad para una historia clínica electrónica única.
- g) Se encontró que las instituciones prestadoras de servicios guardan la información en servidores y no en la nube.
- h) Importantes diferencias en infraestructura entre la red hospitalaria pública y privada; hay limitaciones para el acceso al internet en el territorio nacional.

CONCLUSIONES

Con lo anteriormente expuesto, queda claro que la historia clínica es un documento indispensable e inherente al paciente; no es opcional, ha evolucionado con el tiempo y ha sido constante, pues en ella se plasman todos los registros médicos de los pacientes desde el mismo instante en que nacen hasta que dejan de existir.

A pesar de dicha evolución, y teniendo en cuenta el carácter legal de reserva que debe tener la historia clínica, el cual busca proteger el derecho constitucional fundamental a la intimidad, al comparar la evolución desbordante de la tecnología, el fácil acceso a la información con la historia clínica electrónica, vemos que esta última se está viendo enormemente afectada en su integralidad, secuencialidad y accesibilidad, poniendo en entredicho la efectividad de su implementación, lo que indica que, si bien es cierto la historia clínica electrónica ha aportado importantes cambios para el galeno y el paciente, entre ellos, más precisión al momento de brindar un diagnóstico, pues el solo hecho de que esta sea legible evita errores de interpretación, aún falta hallar herramientas tecnológicas y más inversión por

parte del Estado que garanticen que la historia clínica, además de ser electrónica, sea única, no esté segmentada, y lo más importante, que garantice siempre el carácter legal de reserva y el derecho a la intimidad del dueño de la misma.

Como comentario final, actualmente se encuentra en trámite el proyecto de ley 310 de 2019, que busca la implementación de la historia clínica única electrónica en Colombia, con el fin de agilizar y mejorar el servicio médico, dejando en manos del Ministerio de Salud la tarea de crear y unificar en una sola plataforma las historias para que sean consultadas en tiempo real.

En palabras de JUAN FERNANDO REYES KURI (2019), Representante a la Cámara liberal por el Valle, quien expresa que debe cumplir “todos los requisitos de seguridad cibernética y respetar lo señalado en la Ley de Habeas Data”, confirmando lo previamente señalado en el artículo, de garantizar la intimidad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

ARZUZA, M.C. (2016). *Análisis de las barreras para la unificación de una Historia Clínica Electrónica –HCE– en Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12122/72357658-2016.pdf?sequence=1>

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE (1991). *Constitución Política de Colombia*. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

AZCÁRATE, J.C. (2003). *De la Historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica*. Sociedad Española de Informática de la Salud. Disponible en: <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/>

CORREA, P. (2016). "Historia clínica única: ¿buena o mala idea?". En: *El Espectador*. Disponible en: www.elespectador.com/noticias/salud/historia-clinica-unica-buena-o-mala-idea-articulo-621000

CORTE CONSTITUCIONAL (2008). Sala Sexta de Revision de Tutelas, Sentencia T-1146. M.P.: Marco Gerardo Monroy Cabra.

CORTE CONSTITUCIONAL (1996). Sala Plena. Sentencia C-264. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz.

EHEALTH REPORTER LATIN AMERICA (2012). *A partir de 2013 entrará en aplicación la ley de Historia Clínica Unica Electrónica en Colombia*. Disponible en: <http://ehealthreporter.com/es/noticia/legacy-1423/>

FOMBELLA P., M.J. (2012). *Historia de la Clínica*. Disponible en: Dialnet-HistoriaDeLaHistoriaClinica

GIMÉNEZ, D. (2018). "La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales". En: GEOSALUD. Disponible en: www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm

GONZÁLEZ C., F.P. (2007). "La historia clínica electrónica". En: *Revista Española de Cardiología*. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/la-historia-clinica-electronica-revision/articulo/13108426/>

GUZMÁN, F. (2012). *La historia clínica: elemento fundamental del acto médico*.
En: *Revista Colombiana de Cirugía*. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

HOSPITAL SAN IGNACIO (s.f.). *Visitantes y pacientes*. Disponible en:
<http://www.husi.org.co/visitantes-y-pacientes/historia-clinica>

ICBF (2018). *Ley 23 de 1981*. Disponible en;
www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0023_1981.htm

KINORI, F. (2012). *Implicaciones deontológicas de las Historias Clínicas Informatizadas (HCI) para los profesionales de la Salud Mental*.
Disponible en:
www.academia.edu/2687582/Implicaciones_deontológicas_de_las_Historias_Clínicas_Informatizadas_HCI_para_los_profesionales_de_la_Salud_Mental

MARTÍNEZ, Y. (2017). *Propuesta metodológica para la gestión de la historia clínica electrónica en la red integrada de servicios de salud*. Bogotá: Universidad de La Salle. Disponible en:
http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/21700/33121220_2017

MINISTERIO DE COMUNICACIONES (2017). *Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones*. Disponible en:
https://www.mintic.gov.co/portal/604/articulos-61798_recurso_1.doc

MINISTERIO DE SALUD (2011). *Ley 1438*. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

MINISTERIO DE SALUD (1999). *Resolución 1995*. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

MINOTA, T. (2016). *Evolución de la historia clínica electrónica en el sector salud en Colombia*. Disponible en: Dialnet:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761074>

SERNA, A. (2005). *Ventajas y Desventajas de la Historia Clínica Electrónica*. Disponible en: encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-82/enfermeria8205-ventajas/