

Sobre la possibilitat de no compartir alguns codis diagnòstics a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) i La Meva Salut (LMS)

L'ASSIR de l'Eixample Dret Roger de Flor formula una consulta a conseqüència del dubte que es planteja quan, a l'entrevista clínica, el professional sanitari valora el risc de violència masclista que pateix o pot patir una dona.

«A la història clínica d'atenció primària (eCAP) es disposa de qüestionaris validats de cribatge i de seguiment i variables que permeten el seu registre estructurat. Es comparteixen de forma transversal entre els professionals de medicina, d'infermeria, de llevadora, de treball social i de psicologia per poder-ne fer un abordatge conjunt.

A Catalunya disposem, a més a més, de la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) a través de la qual es comparteixen dades amb altres nivells assistencials (per exemple, els hospitals i altres proveïdors). Hi ha una selecció de codis de diagnòstics que no es comparteixen, com ara un avortament voluntari, que, segons que estipula la Llei de salut sexual reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, cal garantir la intimitat. Actualment aquests codis es publiquen a l'HCCC i a l'LMS. S'està fent un requeriment perquè aquesta publicació sigui només en l'HCCC per afavorir la informació entre tots els proveïdors però que no es publiqui a l'LMS, per evitar que el maltractador pugui visualitzar-la en cas que tingui accés a les claus personals de la dona.

A més, actualment s'està treballant en un projecte sobre la visualització de les dades generals de forma ràpida i esquemàtica que aporti informació de les dades més importants.»

Els professionals demanen assessorament sobre si és pertinent que aquests codis de sospita o de maltractament masclista confirmat continuïn publicats a l'HCCC i publicar-se en aquest visor, especialment en la pantalla de resum de dades més rellevants de forma que sigui fàcilment visible quan la pacient es visiti fora del seu centre.

El Comitè de Bioètica de Catalunya ha reflexionat en diverses ocasions sobre la possibilitat que determinades informacions que s'inclouen en la història clínica per tal de garantir la qualitat i la continuïtat de l'atenció sanitària no suposin un risc

d'estigmatització depenent de qui hi accedeix-hi, i per això ha recordat que se sigui curós i prudent alhora de registra-les.¹

Actualment, el trasllat de determinades dades (informe d'alta hospitalària, exploracions...) de la història clínica d'un pacient (ja sigui en el suport eCAP o en d'altres) en l'HCCC –i d'aquí, a l'LMS– es fa per defecte i no requereix l'autorització expressa del pacient. En tot cas, si el pacient no vol que es comparteixin ha d'exercir el dret d'oposició d'acord amb el protocol establert.²

No hi ha cap guia que marqui els criteris a l'hora de traslladar o no determinada informació que els professionals sanitaris consideren que és especialment sensible i que des dels registres dels centres s'envia a l'HCCC, però això no vol dir que la variabilitat resultant suposi que s'actua amb criteris arbitraris.

En la consulta que es formula des de l'ASSIR de l'Institut Català de la Salut (ICS), es posa com un exemple d'actuar la decisió de no compartir la informació de la interrupció voluntària de l'embaràs a l'HCCC. Sembla que, en el cas concret de la interrupció voluntària de l'embaràs, es va arribar a l'acord que la informació no constés a l'HCCC per garantir millor la confidencialitat, que és especialment important, tal com recorda la Llei 2/2020, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs:

«Article 20. Protecció de la intimitat i confidencialitat.

1. Els centres que prestin la interrupció voluntària de l'embaràs han d'assegurar la intimitat de les dones i la confidencialitat en el tractament de les seves dades de caràcter personal.
2. Els centres prestadors del servei han de disposar de sistemes de custòdia activa i diligent de les històries clíniques de les pacients i implantar en el tractament de les dades les mesures de seguretat de nivell alt que preveu la normativa vigent de protecció de dades de caràcter personal.»

¹ Comitè de Bioètica de Catalunya. [Els drets dels ciutadans a la gestió de les seves dades de salut](#). Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya; 2020.

² [Protocol d'actuació davant l'exercici dels drets d'accés, de rectificació, de cancel·lació i d'oposició a la història clínica compartida de Catalunya \(HC3\)](#). Departament de Salut; 2015

Aquesta interpretació del deure de confidencialitat que s'ha fet per part dels ASSIR de l'ICS impedit que aquesta informació sobre l'IVE consti en l'HCCC i a l'LMS sembla sensata, però no compta amb la informació ni el consentiment de la pacient i, encara que en la majoria dels casos hi estiguessin d'acord, seria més correcte que la pacient pogués decidir si desitja o no que la informació consti en l'HCCC. Cal recordar que tant a la llei catalana³ com a l'estatal⁴ sobre l'autonomia del pacient ja s'esmenta aquest deure de confidencialitat però sense detallar-ne els procediments ni parlar de codis concrets com els que analitzem.

Pel que fa al codi de violència masclista/maltractament, l'avaluació és similar. Ha d'existir una avaluació curosa sobre qui ha de tenir accés a aquesta informació dins de l'entorn sanitari, i cal demanar a la dona si vol limitar el coneixement d'aquesta dada; és a dir, donar l'oportunitat que la pacient esculli el que consideri més convenient. El procés d'informació i d'assessorament és fonamental, ja que no es tracta de dir únicament si vol que una determinada informació aparegui o no en l'HCCC o l'LMS, sinó de valorar adequadament el que això suposa.

Seria convenient, tant per als professionals com per als pacients, conèixer de forma transparent quins són els codis que es publiquen i quins no, perquè aquesta reflexió va més enllà dels codis d'IVE o de violència masclista, entre d'altres, també pot ser aplicable a determinada informació relativa a la salut mental o la vida sexual. El pacient –en aquests casos concrets, la pacient– és la persona titular de la informació de la història clínica i sembla obvi que conegui quina informació, que considera més sensible, ha de constar a l'HCCC i/o a l'LMS; i també hi poden haver excepcions, les mateixes del consentiment,⁵ que s'haurien de justificar.

³ Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. S'al·ludeix a la confidencialitat en el preàmbul, l'article 5, «Formulació i abast del dret a la intimitat», l'article 12, «Conservació de la història clínica», l'article 13, «Drets d'accés a la història clínica», i l'article 14 «Drets en relació amb el contingut de la història clínica».

⁴ Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. S'al·ludeix a la confidencialitat en el preàmbul i en l'article 18, «Drets d'accés a la història clínica».

⁵ En la situació de què es tracta cal pensar en la falta de capacitat del pacient, amb la qual cosa cal acudir a una persona representant, i en cas d'haver-hi un risc per a la salut pública d'acord amb la llei que ho estableixi així.

Per tant, el més pertinent és valorar amb la pacient l'alternativa més adequada en cada cas per tal de saber si aquests codis de sospita o de maltractament masclista confirmat poden publicar-se en l'HCCC o l'LMS. Poden haver-hi casos de persones en els quals el professional cregui que el més convenient sigui limitar-hi aquesta informació, i així ho aconselli, i per contra la persona no vulgui limitar-ne l'accés. La resposta no pot ser genèrica, establint amb caràcter general la possibilitat de compartir determinats codis, sinó que ha de ser una resposta personalitzada; evidentment, és una alternativa que consumeix més temps de diàleg i més esforços tecnològics, però és més respectuosa, ja que obliga en cada cas esbrinar quina és la millor opció. Les alternatives han de permetre limitar tant l'accés a l'HCCC com a l'LMS alhora; i fer constar la informació únicament a un dels dos repositoris o a cap.

La conducta proposada té una doble justificació; d'una banda, el respecte de l'autonomia de les persones obliga a comptar amb el seu parer i autorització quan aquesta informació estigui disponible més enllà del professional o professionals més propers que habitualment l'atenen, especialment en aquelles situacions com les que planteja aquesta consulta; i d'una altra, perquè comptar amb el respecte del mateix pacient pot ser beneficiós en tant que aquest «control» per la seva part pot augmentar la confiança en el professional i el sistema sanitari. I sense confiança no es pot fer res, però especialment en tot allò relacionat amb la salut. Per això, la decisió de registrar la informació o no ha de respectar la voluntat de cada persona, fins i tot quan la creiem equivocada: no respectar-la és fer-li un dany.

Els codis han de permetre personalitzar les decisions per adaptar-se a cadascú malgrat l'homogeneïtzació de la proposta general que ofereixen.⁶

Finalment, creiem que el marc legal ho empara. La legislació actual sobre protecció de dades preveu el dret d'oposició que, com s'ha dit més amunt, està reconegut en l'HCCC i caldria pensar que també en l'LMS, que es nodreix de la informació emmagatzemada en l'HCCC.

⁶ [Consideracions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre el Codi risc de suïcidi. Criteris bàsics d'actuació assistencial.](#)