

cos, ante la petición de la PPC, realizan una pequeña entrevista para asegurarse de que no existen contraindicaciones, y si existen derivarán a la usuaria a un centro adecuado. Esta entrevista tiene que realizarse en una zona que permita la privacidad.

En Estados Unidos, algunas experiencias han demostrado que el acceso directo de este medicamento en las farmacias ha permitido evitar 700 embarazos, y de éstos seguramente la mitad hubieran acabado en abortos<sup>3</sup>.

Sabemos que el uso de medicamentos puede llevar aparejados problemas (reacciones adversas, hospitalizaciones, muertes, etc.) a los propios usuarios<sup>4</sup>, por lo que deberíamos encontrar una fórmula intermedia entre el derecho de los usuarios a acceder a los medicamentos y el control racional. En España, se le podría dar la categoría de medicamento con receta médica, permitiendo al farmacéutico también, siempre y cuando siga las directrices de protocolos o guías de actuación consensuados con médicos, indicarlo y dispensarlo si no existen contraindicaciones<sup>2</sup>. También se podría pensar en una acreditación de determinadas farmacias (realización de un curso sobre el tema, tener en la farmacia una zona confidencial, seguir protocolos adecuados, etc.) para que puedan asesorar convenientemente a la paciente y puedan derivar al médico o al centro correspondiente los casos necesarios a través de algún tipo de informe de derivación.

En resumen, lo que debemos tratar es que los futuros usuarios no pierdan el derecho al acceso a los medicamentos, sea cuales sean éstos, pero que esto se realice con control para mayor seguridad de la población. En definitiva, además de los centros de salud, centros de promoción de la salud (planificación familiar), se aprovecharían otros centros sanitarios (oficinas de farmacia), de tal manera que lo que algunos farma-

céticos vienen haciendo lo realicen de una manera legal y con el respaldo de sus colegas, los médicos, y de la Administración. El beneficio, no cabe duda, será para los usuarios, que es lo único que nos debe importar.

**J.A. Barbero González\*  
y L.M. Barroso Bayón**

Farmacéuticos comunitarios.

\*Miembro de la REAP. Madrid.

1. Carlón López R, García Houghton RF, González Varela, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 200; 26: 595-599.
2. Matheson CI, Smith BH, Flett G, Bond CM, Kennedy EJ, Michie C, Duthie I. Over-the-counter emergency contraception: a feasible option. Family Practice 1998; 15: 38-43.
3. Wellbery C. Emergency contraception. Arch Fam Med 2000; 9: 642-646.
4. Otero López MJ, Bajo Bajo A, Madrueño Fernández JA, Domínguez-Gil Hurlé A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de urgencias. Rev Clin Esp 1999; 199: 796-805.

## **Seguridad y confidencialidad con el uso del ordenador en la consulta: ¿conocemos la ley?**

**Sr. Director:** Es indiscutible el avance que supone para nuestra práctica clínica el uso del ordenador. El documento publicado por la semFYC sobre informática en atención primaria<sup>1</sup> no sólo así lo constata, sino que llega a definirlo como «el cambio del bolígrafo por el ordenador».

Un aspecto que consideramos potencialmente conflictivo es la adecuación legislativa que garantice la confidencialidad y seguridad de los datos utilizados, preocupación que también se recoge en un re-

ciente editorial de su revista<sup>2</sup> y que hemos podido confirmar en un estudio realizado en nuestro ámbito. Aportamos sus resultados más relevantes por si fuera de su interés.

Quisimos conocer la opinión de los miembros del equipo de atención primaria tras un año de experiencia con el programa OMI-AP 4.0. Realizamos un estudio descriptivo transversal. Se encuestó a los 36 trabajadores del centro (médicos, enfermería, administrativos y celadores) a los que se les había impartido un curso formativo previo a la introducción del uso del programa. Recogimos información sobre la experiencia previa y actual (hasta junio 2000) con ordenadores, opinión sobre su utilidad, ventajas e inconvenientes derivados de su uso y preocupación sobre temas conflictivos recogidos de la bibliografía<sup>3,4</sup> (aceptación por el paciente del uso del ordenador, consentimiento informado para la introducción de datos, garantía de confidencialidad de la información registrada y protección de ésta). Se completó con preguntas abiertas que recogían otros problemas y las soluciones propuestas. Utilizamos un test tipo Likert con 5 categorías: nada, poco, algo, bastante y mucho. Se aplicó estadística descriptiva comparando diferencias de proporciones entre grupos mediante el test de ji-cuadrado. Se agruparon las categorías poco-nada y bastante-mucho para la exposición de resultados. Obtuvimos una tasa de respuesta del 86% (31 cuestionarios completos). Sólo un 10% de los encuestados consideró que el ordenador ayudaba poco o nada en su trabajo, y casi el 50% opinaba que el paciente acepta su uso en la consulta. Existía una preocupación notable sobre los vacíos legales (68%), confidencialidad (45%) y seguridad (42%) en el mantenimiento de los datos. La mayor utilidad se encontró en la asignación de citas (70%) y realización de re-

cetas (68%) (este último fue el único ítem en el que se encontró una diferencia significativa entre distintos profesionales, siendo más valorado por los médicos que por las enfermeras). Así mismo destacó la facilidad para consultar la historia clínica (61%), realizar protocolos (52%) y la evaluación o estadística mensual (52%). Los principales problemas se centraron en la lentitud para introducir datos en el programa (42%), bloqueos del sistema informático (58%) y dificultades con la impresora (32%). También se señalaron complicaciones no inabituales derivadas de cortes del fluido eléctrico (39%).

Concluimos que el sistema informático de nuestro centro, en concreto la aplicación OMI-AP 4.0, es considerado un elemento útil, aunque se demandan mejoras que le aporten mayor rapidez y simplicidad para el registro de los datos. Llama la atención el gran interés de los profesionales por la formación en el manejo de programas informáticos y su incorporación al quehacer diario. Por otra parte, no todos los problemas detectados fueron atribuibles al programa (hubo mejoría con la última versión OMI-AP 4.5, incorporada después de la realización de este trabajo; actualmente usamos la 4.8) y sí a la inadecuación estructural (capacidad del disco duro, rapidez del procesador, líneas eléctricas independientes, alimentadores y estabilizadores de corriente, entre otros). La persistencia de estos problemas debería provocar la reflexión de los gestores antes de incorporar nuevas tecnologías sin la previsión estructural necesaria.

Por último, al igual que en la bibliografía encontrada, observamos una notable preocupación sobre los vacíos legales relacionados

con la seguridad en el mantenimiento de los datos y garantía de la confidencialidad. En este sentido, mencionamos la ambigüedad del texto legal (la Ley de Protección de Datos de diciembre de 1999<sup>5</sup> no fue referenciada en el documento semFYC por ser redactada posteriormente; sí lo fue la Ley de mayo de 1992, de igual temática<sup>6</sup>) sobre la pertinencia del consentimiento informado necesario para la introducción de datos o su facilitación a terceros: artículos 6-2, 8, 11-1.c y 12, referidos al consentimiento, datos relativos a la salud, comunicación de los datos y acceso a éstos por cuenta de terceros. Aunque la Ley aporta pocas variaciones sobre el texto precedente, endurece las penas por su incumplimiento. Concretamente, planteamos las siguientes cuestiones:

1. ¿Es necesario pedir consentimiento informado al paciente para poder registrar información suya en la base de datos?
2. ¿En todo caso, deberíamos advertirle de que sus datos entran en un fichero informatizado susceptible de uso por terceros no autorizados?
3. ¿Conocemos las medidas de seguridad de los sistemas informáticos que utilizamos?
4. ¿Quién es responsable de su cuidado?

En nuestro caso, requerido el apoyo del sistema de atención al usuario –para sistemas informáticos– del INSALUD, creemos haber superado los requisitos de seguridad enunciados en el documento semFYC<sup>1</sup>, pero consideramos necesario favorecer medidas tendentes a la confidencialidad de los datos.

Lo expresado nos hace valorar la pertinencia de una nueva revisión

del documento semFYC a la luz de las recientes modificaciones legislativas, previendo futuras demandas legales que pudieran recaer sobre la institución o los profesionales que almacenar los datos médicos. Ignoramos si el INSALUD, las autonomías o las organizaciones colegiales han detectado este problema y han hecho estimaciones sobre las consecuencias de la aplicación futura de la Ley, en defensa de los derechos y deberes de los pacientes... y de los sanitarios.

**S. Núñez Palomo, E. Calvo Corbella, T. Alameda Arellano y Y. Zuriarrain Reyna**

Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I. Madrid.

1. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskitza A et al. Informatización en la atención primaria (I). Aten Primaria 2000; 26: 488-507.
2. Alonso López FA y Grupo de trabajo semFYC sobre Informatización de la semFYC. El desafío de la informatización en atención primaria. Aten Primaria 2000; 26: 437-438.
3. Aldanondo Gabilondo JA, Oyarzábal Camio JI, Arbonés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico paciente los ordenadores en la consulta? FMC 1999; 9: 571-575.
4. Sullivan F, Mitchell E. Has general practitioner computing made difference to patient care? A systematic review of published reports. BMJ 1995; 311: 848-845.
5. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre de 1999. BOE de 16 de diciembre de 2000.
6. Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, de 29 de octubre de 1992. BOE de 16 de diciembre de 1992.