

Confidencialidad en medicina del trabajo: protección de información

Amanda Ribeiro Batlle¹, Ana Paula Possar do Carmo¹, Fabiana Iglesias de Carvalho¹, Ivan Dieb Miziara², Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara¹

1. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André/SP, Brasil. 2. Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

La confidencialidad es clave en la relación médico-paciente y está asociada a buena calidad de la atención. Sin embargo, está sujeta a una quiebra de conformidad a lo establecido en las normas éticas y legales en el país. Este estudio pretende mostrar los principales aspectos de confidencialidad en la medicina del trabajo. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos de acceso abierto basándose en códigos de ética médica. El actuar del médico del trabajo involucra al trabajador, a profesionales no médicos y al empleador, lo que puede desencadenar conflictos requiriendo que el médico conozca sus obligaciones y límites ético-legales. La protección de la confidencialidad respeta los derechos humanos, pero pueden surgir dilemas y no solo bastará atenerse a los dictámenes éticos, sino seguir fundamentalmente las normas legales. Los resultados mostraron los principales aspectos éticos y legales actualizados relacionados con la salud laboral.

Palabras clave: Medicina del trabajo. Confidencialidad. Autonomía profesional.

Resumo

Confidencialidade em medicina ocupacional: protegendo informações

A confidencialidade é elemento central da relação médico-paciente e está associada à boa qualidade de atendimento. Contudo, pode ser rompida em conformidade com as normas éticas e legais estabelecidas no país. Este estudo objetiva mostrar os principais aspectos da confidencialidade em medicina ocupacional. Para isso, realizou-se revisão narrativa de literatura sobre o tema, utilizando bases de dados de livre acesso e embasando-se nos códigos de ética médica. A atuação do médico do trabalho envolve o trabalhador, outros profissionais não médicos e o empregador, situação capaz de desencadear conflitos, requerendo que o médico conheça suas obrigações e limites ético-legais. A proteção da confidencialidade respeita os direitos humanos, mas dilemas podem surgir, não bastando obedecer aos ditames éticos, mas sendo necessário essencialmente seguir as normas legais. Este estudo busca mostrar os principais aspectos éticos e legais atualizados referentes à saúde ocupacional.

Palavras-chave: Medicina do trabalho. Confidencialidade. Autonomia profissional.

Abstract

Confidentiality in occupational medicine: protecting information

Confidentiality is a central element of the physician-patient relationship and is associated with good quality of care. However, it may be broken in accordance with the ethical and legal standards established in the country. This study aims to show the main aspects of confidentiality in occupational medicine. For this, a narrative review of the literature on the subject was carried out, using free access databases and based on the codes of medical ethics. The occupational physician's performance involves the worker, other non-medical professionals and the employer, a situation that may trigger conflicts, requiring physicians to know their obligations and ethical-legal limits. The protection of confidentiality respects human rights, but dilemmas may arise, not only to obey ethical precepts, but to follow legal norms. This study seeks to show the main and updated ethical and legal aspects regarding occupational health.

Keywords: Occupational medicine. Confidentiality. Professional autonomy.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La confidencialidad es la piedra angular del cuidado médico que estructura la relación médico-paciente y expresa la confianza mutua entre las partes. Este principio reemplaza al deber moral y lo convierte en una obligación legal¹. Para que se cumpla, no basta con garantizar que la información médica no sea divulgada: el profesional es responsable de asegurar que los datos relativos a la salud del paciente se mantengan seguros y, cuando la divulgación sea obligatoria, que se revelen según los más rigurosos principios ético-legales, como lo recomienda el Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional^{2,3} y el propio Código de Ética Médica (CEM), del Consejo Federal de Medicina (CFM)⁴.

El médico del trabajo, en particular, debe obtener la información que sea absolutamente necesaria para su desempeño, siempre en cumplimiento de la legislación nacional, respetando la confidencialidad y los principios generales de salud y de seguridad ocupacional². El empleado, a su vez, tiene derecho a la privacidad y a la protección de la información relativa a su salud. Sin embargo, esta tarea no siempre es sencilla, ya que la información médica puede ser requerida en los tribunales o en situaciones de interés colectivo. Además se debe tener en cuenta que otros profesionales participan en la medicina ocupacional, incluidos aquellos que no son del área médica, así como el empleador³.

Compartir la información de salud del empleado con un equipo de especialistas no médicos es fundamental para gestionar la seguridad en el entorno laboral, y estos profesionales están obligados al secreto profesional. Esto, por lo tanto, no configura una violación del derecho a la confidencialidad del trabajador, en conformidad con lo que prevé el artículo 85 del CEM⁴, que especifica que las personas que no estén obligadas al secreto tienen prohibido acceder a los registros. Además, los datos de salud del trabajador pueden ser solicitados por las autoridades laborales y judiciales, así como por los organismos de seguridad social, lo que hace más confusa la actuación médica⁵. Por lo tanto, varios son los dilemas que enfrenta el médico del trabajo, quien, según Emanuel⁶, ha sido bastante desatendido en términos bioéticos.

Así, este estudio tiene como objetivo abordar los principales aspectos relacionados con la confidencialidad de la información en la medicina ocupacional, con el fin de ayudar al especialista en su

trabajo diario, dadas las múltiples demandas de los diversos foros del derecho, así como aquella de carácter previsional.

Método

Revisión narrativa, usando el método descriptivo-discursivo, realizada en la Faculdade de Medicina do ABC y en la Faculdade de Medicina de la Universidade de São Paulo. Para respaldar la investigación, se recopilaron producciones científicas disponibles en las principales bases de datos de libre acceso. Se aplicaron los descriptores siguientes: *occupational health physicians*; *médico do trabalho*; médicos laborales; *confidentiality*; *confidencialidade*; confidencialidad. Se incluyeron artículos obtenidos en su totalidad y publicados en portugués, inglés o español. También se abordaron en este estudio la Resolución CFM 2.217/2018, que aprueba el CEM, el Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial⁷ y el Código Internacional de Ética para Profesionales de la Salud Ocupacional².

Discusión y resultados

Breve historia de la medicina del trabajo

El trabajo como factor de enfermedad o asociado a ella ha sido descrito desde la Antigüedad. Papiros datados en 1600 a.C. mencionan lesiones o muerte de trabajadores durante la construcción de las pirámides egipcias. Hipócrates, padre de la medicina, describió en el 460 a.C. que el origen de algunas enfermedades estaba relacionado con la ocupación laboral del enfermo⁸. En el siglo II, Galeno actuaba como médico de los gladiadores, y los arqueros de la Edad del Bronce usaban lo que ahora llamaríamos equipos de protección personal en los dedos y en las muñecas para evitar lesiones⁹.

Según Franco y Franco¹⁰, Bernardino Ramazzini, en su obra publicada en 1700, *De morbis artificum diatriba*, o *Las enfermedades de los trabajadores*, fue quizá el primer autor en sistematizar el daño causado a los artesanos por ciertas prácticas de su oficio. El autor destacó la asociación entre la enfermedad de los trabajadores y los movimientos o posturas perjudiciales, centrándose en las repeticiones y en el levantamiento de cargas. En el prefacio del libro, como menciona Franco¹¹, Ramazzini también

explicó las razones éticas y sociales por las cuales el médico y la sociedad deben preocuparse por la salud del trabajador, con base en dos virtudes: la compasión y la gratitud¹¹.

Sin embargo, la especialidad medicina del trabajo solo surgió a partir de la Revolución Industrial, en Inglaterra, cuando los trabajadores eran sometidos a condiciones inhumanas, con altos índices de morbilidad¹². Fue bajo la orientación del doctor Robert Baker que el empresario Robert Dernham, propietario de una fábrica textil, contrató en 1830, por primera vez, a un médico como responsable de los cuidados de los trabajadores¹².

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), a su vez, fue creada en 1919, con el objetivo de satisfacer, en respuesta a la creciente preocupación internacional por el tema, las necesidades de salud de los trabajadores, mejorando su organización en grupos y dándoles cierto poder para presionar a los propietarios de los medios de producción¹³. En consecuencia, surgió la necesidad de formalizar una lista de enfermedades profesionales, iniciada en 1910 por Theodor Sommerfeld y Richard Fischer, cuyo propósito sería establecer el marco legal para la seguridad social. Apenas en 1925, la OIT publica la primera lista, con solo tres enfermedades (saturismo, hidrargirismo y carbunco)¹³, que, aunque tímida, trajo grandes cambios y fue ampliándose progresivamente, con la inclusión de nuevas condiciones. En 1953, a pedido de entidades internacionales, se impulsó, con la Recomendación OIT 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores, la formación específica de médicos especialistas en la atención al trabajador¹⁴.

El Decreto 3.724/1919 definió el accidente de trabajo y estableció las normas para la indemnización de los trabajadores como consecuencia de un accidente de trabajo:

Art. 1.º Se consideran accidentes de trabajo, a los efectos de esta ley, los siguientes: I a) el producido por una causa súbita, violenta, externa e involuntaria en el ejercicio del trabajo, determinadas lesiones corporales o perturbaciones funcionales, que constituyan la única causa de muerte o pérdida total o parcial, permanente o temporal, de la capacidad para el trabajo; I b) la enfermedad contraída exclusivamente por el ejercicio del trabajo, cuando este sea de naturaleza que la provoque por sí mismo, y siempre que determine la muerte del

*obrero, o la pérdida total o parcial, permanente o temporal, de la capacidad para trabajar*¹⁵.

En 1943, el Decreto-Ley 5.452¹⁶ aprobó la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT), que trajo avances en las relaciones individuales y colectivas de trabajo. Actualmente, la Ley 8.213/1991¹⁷ establece los planes de beneficios de la seguridad social y dicta otras disposiciones para los asegurados del Sistema General de Seguridad Social.

Considerada un área de la medicina preventiva, la medicina ocupacional requiere del profesional de salud conocimientos en áreas médicas generales y de emergencia, nociones ambientales y ergonómicas y capacidad para evaluar la aptitud del empleado para el trabajo¹⁸. De esta manera, la medicina ocupacional reemplaza el simple conocimiento médico y admite diversas interfaces.

El carácter gestor de riesgos para la salud ha quedado obsoleto y se han incorporado nuevas tareas a la medicina ocupacional, tales como la vigilancia en salud, el análisis de la capacidad laboral de los empleados, la rehabilitación de los empleados, la evaluación de riesgos, el examen de ingreso, el seguimiento de enfermedades crónicas, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en el entorno laboral. Inevitablemente, han surgido amplias discusiones éticas en el campo de la confidencialidad de la información médica del trabajador^{19,20}.

Confidencialidad médica: línea del tiempo

La confidencialidad médica es la protección de la información personal de salud dada confidencialmente por el paciente al médico, la cual debe mantenerse en secreto. Esta no es absoluta, puede romperse bajo una rigurosa égida ético-legal, pero representa la relación de confianza entre el médico y el paciente. La privacidad, muchas veces aplicada como sinónimo de confidencialidad, puede definirse como el derecho de la persona a controlar la información sobre sí misma, garantizando así la dignidad humana²¹.

Así, el respeto a la confidencialidad es expresión de la dignidad y autonomía del paciente y representa el deber del médico de mantener la información bajo secreto²². De esta forma, la ruptura de este vínculo de confianza puede ser interpretada por el paciente como una traición, lo que resulta en el descrédito del profesional y de la medicina como un todo²³.

Considerada una doctrina de respeto a la persona, la confidencialidad médica implica una relación médico-paciente fortalecida, lo que es importante para el profesional, para el paciente y para la sociedad, con una fuerte característica de respeto a la autonomía. Extrapolando la cuestión ético-moral y abarcando el aspecto médico-legal, Flamínio Fávero definió el secreto médico como *el deber y derecho del médico de guardar silencio acerca de los hechos de los que tuvo conocimiento en virtud de su profesión*²⁴. Esta posición es importante, ya que aborda la perspectiva del deber del profesional como una cuestión legal y no solo ética.

En ese sentido, el *Juramento de Hipócrates* – escrito entre los siglos VI y III a.C. y considerado el marco de inicio de la vida profesional en el área – es una referencia para mantener el secreto y es parte de la buena práctica de la medicina²⁵.

El juramento trae consigo la obligación del médico de mantener en secreto la información “vista u oída” durante el ejercicio profesional y, además, establece como deber laboral el respeto a la privacidad de la persona enferma. Esta obligación no es absoluta y se puede romper en situaciones de necesidad. En el propio juramento existe la perspectiva de relativizar el secreto médico – *Todo lo que vea u oiga acerca de la vida de las personas, en el ejercicio de mi profesión o fuera de ella, y que no haya necesidad de revelar, callaré, juzgando que tales cosas no se deben revelar*²⁶ –, que es la norma de los principios de la medicina²³.

Las posibilidades de violar el secreto médico están respaldadas por determinaciones éticas y legales, que varían entre los distintos países. Los médicos deben ser conscientes de estas restricciones, pero siempre deben priorizar el respeto a los derechos humanos, analizando críticamente los requisitos legales y asegurando la justa causa de la violación del secreto²⁷.

Respetar la privacidad del trabajador no solo significa no divulgar información médica privada que se obtuvo en condición de confianza, sino que representa un acuerdo firmado entre el trabajador y el médico, estableciendo los límites de este intercambio de información².

A continuación se presentarán aportes de los códigos de ética médica como fuente orientadora del comportamiento médico sobre la confidencialidad.

Código de Moral Médica, de 1929

El tema se aborda en el artículo 76 del capítulo 9 y demuestra la importancia del secreto médico como obligación que depende de la esencia misma de la profesión, ya que el interés público, la seguridad de los enfermos, el honor de las familias, la respetabilidad del médico y la dignidad del arte exige el secreto. Este código moral no se restringe a médicos y cirujanos, sino que incluye a farmacéuticos, dentistas y matronas, aclarando también que se debe garantizar el secreto tanto en la circunstancia *explícita, formal y textualmente confiada por el cliente* como en las situaciones resultantes de ella, aunque no impuestas, cuando se relacionen con el acto profesional. La divulgación del secreto está garantizada en las normas éticas cuando el médico actúa como perito, declara una enfermedad infectocontagiosa a la autoridad sanitaria o elabora el certificado de defunción. En cuanto a la medicina ocupacional, hay referencia al médico en: *informar sobre la salud de los candidatos enviados a exámenes*²⁸.

Código de Deontología Médica, de 1931

Este código tiene muchas similitudes con el anterior. En la edición de 1931, el capítulo sobre el secreto médico incluía 11 artículos en lugar de 13. Otro cambio fue el alcance del artículo 77, que presenta diez condiciones que permitían al médico revelar el secreto: 1) como testigo en el tribunal; 2) en las funciones de perito médico-legal y en los respectivos dictámenes; 3) cuando, como médico de una compañía de seguros, se comunique oficialmente con los demás médicos de la compañía; 4) en el boletín de salud de los hombres de notoriedad, siempre que se omita el diagnóstico; 5) en los trámites de las enfermerías; 6) en los certificados de defunción; 7) en los certificados médicos; 8) en la notificación de enfermedades infectocontagiosas; 9) en el examen prenupcial; y 10) en las inspecciones de salud, en comunicación oficial con las autoridades médicas respectivas²⁸.

Código de Deontología Médica, de 1945

El capítulo 9 incluye cinco artículos sobre el tema del secreto médico. En el artículo 35 constan las posibles condiciones para la violación de la confidencialidad, tales como, entre otras, la revelación de secreto cuando sea testigo en los tribunales, en los certificados médicos, en las inspecciones de salud, en la comunicación con las autoridades respectivas²⁸.

Código de ética de la Asociación Médica Brasileña, de 1953

En esta edición, hubo un cambio en el entendimiento de la revelación de hechos médicos en la situación de testigo, y se hace explícita la imposibilidad de que el médico revele el secreto de hechos que haya conocido en el ejercicio de la profesión en esta circunstancia. Según el artículo 39, la revelación del secreto médico se hace necesaria en los casos de enfermedad infectocontagiosa de notificación obligatoria, u otras de declaración obligatoria (enfermedades profesionales, toxicomanía, etc.)²⁸.

Código de Ética Médica, de 1965

El capítulo sobre el secreto médico, compuesto por 11 artículos, mantiene la determinación de la violación del secreto necesaria en virtud de notificación obligatoria de enfermedad profesional²⁸.

Código Brasileño de Deontología Médica, de 1984

Consta de seis artículos dedicados al secreto médico, se abstiene de los aspectos relacionados con el trabajador y la enfermedad del trabajo, pero incluye un capítulo sobre peritaje y auditoría médica²⁸.

Código de Ética Médica, de 1988

La Resolución CFM 1.246/1988 deroga la edición de 1984, aportando nuevos entendimientos, en consonancia con la Constitución Federal de 1988, incluyendo en el artículo 105 la prohibición de *revelar información confidencial obtenida durante el examen médico de los trabajadores, incluso por exigencia de los dirigentes de empresas o instituciones, a menos que el silencio ponga en riesgo la salud de los empleados o de la comunidad*²⁸. Otro aspecto relativo a la medicina ocupacional se encuentra en el artículo 11 (de los principios fundamentales), que determinó que *el médico debe mantener secreto respecto a la información confidencial de la que tenga conocimiento en el desempeño de sus funciones. Lo mismo se aplica al trabajo en las empresas, salvo en los casos en que su silencio perjudique o ponga en riesgo la salud del trabajador o de la comunidad*²⁸. En cuanto a la responsabilidad médica, el artículo 40 considera infracción ética el hecho de que el médico *deje de aclarar al trabajador sobre las condiciones de*

*trabajo que pongan en riesgo su salud, debiendo comunicar el hecho a los responsables, a las autoridades y al Consejo Regional de Medicina*²⁸.

Código de Ética Médica, del 2009

En el artículo 76 del capítulo sobre el secreto profesional, se prohíbe al médico *revelar información confidencial obtenida durante el examen médico de los trabajadores, incluso por exigencia de los dirigentes de empresas o instituciones, a menos que el silencio ponga en riesgo la salud de los empleados o de la comunidad*²⁸. Los artículos 12 y 13 prohíben al médico *dejar de aclarar al trabajador sobre las condiciones de trabajo que pongan en riesgo su salud, debiendo comunicar el hecho a los empleadores responsables y dejar de aclarar al paciente sobre los determinantes sociales, ambientales o profesionales de su enfermedad*²⁸.

Código de Ética Médica, del 2018

Publicado nueve años después de la edición anterior, este código no cambió los entendimientos anteriores con respecto a los trabajadores⁴.

Confidencialidad médica en la medicina ocupacional

La protección del empleo y la salud, los derechos a la información y a la confidencialidad y los conflictos entre intereses individuales y colectivos se recogen en el Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud en el Trabajo como los más destacados². El dilema ético surge cuando el médico debe elegir una alternativa afectada por múltiples variables, es decir, cuando debe decidir entre al menos dos imperativos morales, ninguno de los cuales es inequívocamente aceptable o preferible. La confidencialidad médica está incluida en este escenario.

El cumplimiento de la confidencialidad de la información del trabajador es ante todo ética. Los códigos de ética médica abogan por el respeto al trabajador, pero en esta decisión se deben imponer condiciones asociadas, que se pueden mencionar en orden creciente: empleador; profesionales de la salud y seguridad ocupacional; entorno laboral; sistemas de seguro y seguridad social; familiares del trabajador; y la sociedad como

un todo²⁹. Esta red de involucrados puede generar desconfianza entre los trabajadores con respecto a la exención del médico del trabajo, lo que denota su desconocimiento sobre las funciones del profesional que actúa en la salud ocupacional.

El entendimiento erróneo de que los médicos del trabajo no tienen una función terapéutica –y, por lo tanto, no establecen una relación de confianza con el trabajador, como la que existe entre médico y paciente– es fácilmente desmentido. El médico del trabajo ejerce la función de cuidar la salud de los trabajadores, adecuando el entorno laboral, derivando a los trabajadores a rehabilitación y fisioterapia, entre otras actividades consideradas cuasiterapéuticas³⁰.

Considerando la participación en la atención médica de observador no vinculado a los cuidados del trabajador, un ejemplo de lo que sucede en situaciones con fines educativos, tres condiciones son obligatorias: el consentimiento del trabajador; el no perjuicio de la calidad de la atención; y la obligación del observador de comprender y aceptar las normas médicas de confidencialidad³¹.

La obligación del secreto médico no es absoluta y se puede violar en situaciones excepcionales consideradas legítimas, cuando la divulgación sea consentida por el paciente, exigida por la ley o de interés público³². El consentimiento del trabajador solo se reconoce mediante determinación de la capacidad de discernimiento del interesado y de que se trata de un acto voluntario. Además, debe darse por escrito y debe presentar todas las aclaraciones sobre la naturaleza específica de la información, el propósito, a quién se enviará la información, el período de tiempo para la divulgación de datos y la posibilidad de rescisión por el propio trabajador o por su representante legal si el primero está impedido³³.

El médico del trabajo puede violar el secreto profesional, de acuerdo con las directrices de la Asociación Médica Americana, de manera similar a las normas brasileñas, cuando exista consentimiento escrito del trabajador o de su representante legal o en conformidad con las normas legales exigidas. A su vez, la divulgación de la información debe restringirse al mínimo necesario para la finalidad pretendida, y la identificación individual debe ser *eliminada antes de divulgar datos agregados o información estadística de salud sobre la población pertinente*³⁴.

Código de Ética Médica

Resolución CFM 2.217/2018⁴, el inciso XI del capítulo Principios Fundamentales, indica la obligación del médico de guardar secreto de la información obtenida durante la actividad profesional. Este principio hace referencia directa al *Juramento de Hipócrates*. En el capítulo IX, sobre el secreto profesional, se explicita que el secreto médico es necesario, pero no absoluto, y se puede romper por justa causa, deber legal o consentimiento escrito del paciente⁴. Así, mediante autorización expresa del paciente, no se discutirá la violabilidad legal del secreto, sin embargo, el médico debe asegurar que el trabajador sea capaz de ejercer su autonomía.

La Resolución CFM 2.183/2018, que dispone de normas específicas para los médicos que asisten a los trabajadores, establece en el apartado III, artículo 3.º, la obligación del médico de *informar formalmente a los empleadores, trabajadores y comisiones internas de prevención de accidentes sobre los riesgos existentes en el entorno laboral, información de la vigilancia epidemiológica y otros informes técnicos, siempre que se resguarde el secreto profesional*³⁵.

En la misma línea que la Resolución CFM 2.183/2021³⁵, la Resolución CFM 2.297/2021³⁶ establece que el médico del trabajo está obligado a mantener secreto sobre la información proporcionada al médico asistente en un informe de riesgos ocupacionales. Este documento deberá entregarse al trabajador o a su responsable legal en un sobre sellado, en los términos del párrafo 4.º, apartado IV, del artículo primero. La información proveniente del médico asistente del trabajador podrá ser solicitada por el médico del trabajo y seguirá la misma norma estricta de confidencialidad. En el artículo 15, se determina que en *demandas judiciales el médico perito podrá solicitar al Tribunal que oficie al establecimiento de salud o al médico asistente para que le adjunte copia de la historia clínica del periculado, en sobre sellado y en carácter confidencial*³⁶.

La Resolución CFM 2.297/2021³⁶, artículo 1.º, apartado IV, establece la posibilidad de que el médico del trabajo discuta un caso clínico con el médico asistente del trabajador, con el objetivo de adaptar el lugar de trabajo a las manifestaciones clínicas presentadas, sin embargo, esto no elimina la necesidad de autorización del trabajador³⁰. El suministro de información acerca de las condiciones de salud del trabajador está incluido en la resolución con clara demostración de la necesidad

de mantener conductas médicas que protejan la confidencialidad de la información brindada durante la labor del médico del trabajo³⁶.

En cuanto al deber legal, la principal referencia es la notificación obligatoria, según establece la CEM⁴ como una posibilidad de violación de la confidencialidad. Además, la Ley 6.259/1975 determinó la obligación del médico de notificar a la autoridad sanitaria el caso sospechoso o confirmado de enfermedad o evento, de acuerdo con la lista publicada por el Ministerio de Salud³⁷.

Las condiciones notificadas serán remitidas al Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (Sinan), del Ministerio de Salud, y la comunicación de accidente de trabajo (CAT) podrá realizarse por medio virtual. De acuerdo con el formulario Sinan, todos los eventos en las siguientes situaciones deben considerarse accidentes:

Por causas no naturales que comprenden accidentes y violencias (Capítulo XX de la CIE-10 V01 a Y98), que ocurran en el entorno laboral o durante el ejercicio del trabajo cuando el trabajador se encuentre realizando actividades relacionadas con su función, o al servicio del empleador o en representación de los intereses de este (típico) o en el traslado entre el domicilio y el trabajo (trayecto) que provoque lesión corporal o alteración funcional, que pueda ocasionar la pérdida o reducción temporal o permanente de la capacidad de trabajo y la muerte³⁸.

El artículo 22 de la Ley 8.213/1991¹⁷ determina qué accidente de trabajo debe comunicarse a la Seguridad Social. En caso de muerte a consecuencia del accidente, la notificación deberá ser inmediata, es decir, hasta el primer día laboral siguiente al del evento. La CAT deberá completarse únicamente electrónicamente, de acuerdo con la Ordenanza 4.334/2021³⁹, del Ministerio de Economía.

El deber legal relacionado con la notificación obligatoria también se expresa en la CLT⁴⁰, en su artículo 169, con la nueva redacción dada por la Ley 6.514/1977⁴⁰, que establece que el médico debe notificar las enfermedades, sospechosas o confirmadas, asociadas a las condiciones de trabajo.

Finalmente, en su artículo 76, el CEM deja claro el deber ético del médico de mantener la confidencialidad de la información del trabajador, incluso cuando sea exigida por los dirigentes de empresas o instituciones, *a menos que el silencio*

ponga en riesgo la salud de los empleados o de la comunidad⁴, es decir, por justa causa.

Otro tema que se debe observar se refiere a la violencia contra la mujer. Según el artículo 1.º de la Ley 10.778/2003, *constituyen objeto de notificación obligatoria, en todo el territorio nacional, los casos en que existan indicios o confirmación de violencia contra la mujer atendida en los servicios de salud públicos y privados⁴¹*. Ante la evidencia o confirmación de violencia sufrida por la trabajadora, independientemente del lugar de ocurrencia, el médico del trabajo debe denunciar el hecho a la autoridad policial y realizar la notificación obligatoria, incluso sin autorización de la mujer. La desconsideración de la voluntad de la trabajadora puede generar conflicto, pero la norma legal establece la obligatoriedad de esta conducta médica, justificada por la necesidad de proteger a la mujer como logro de la sociedad⁴¹.

La tercera posibilidad, según el CEM⁴, de romper el secreto del trabajador sería la justa causa. De todas las condiciones que permiten romper el secreto médico sin caracterizar la ilegalidad, la más conflictiva es la justa causa, ya que es una condición compleja y que implica subjetividad. Para França, la justa causa se deriva de *interés moral o social que autoriza el incumplimiento de una norma, siempre que las razones presentadas sean relevantes para justificar tal violación y se fundamenten en la existencia de un estado de necesidad⁴²*. Noronha, citado en el Dictamen 11/2001, del Consejo Regional de Medicina del Estado de Ceará⁴³, añade que esta condición se establece cuando la revelación es el único medio de conjurar un peligro actual o inminente e injusto para uno mismo o para los demás, siendo, pues, un caso de necesidad, lo que da lugar a la *colisión de dos intereses, y uno tiene que ser sacrificado en beneficio del otro⁴⁴*, como se menciona en el texto de Cunha. Según Gonçalves, *para tratar de llegar a la actitud más justa, el médico debe tener en cuenta el daño causado por la inviolabilidad del secreto y el daño causado por la violación⁴⁵*.

Ratificando este problema frente a la subjetividad de romper el secreto médico por justa causa, en el 2006, la publicación de Kipnis⁴⁶ abrió la puerta a una ferviente discusión académica. Según el autor, la confidencialidad no debe violarse incluso en circunstancias en las que la vida y la salud de terceros estén seriamente en peligro por la conducta del paciente. En el texto publicado por Kipnis, hay una

referencia a que los médicos tienen la obligación de prevenir los riesgos públicos, pero no habría honor en romper el secreto. El embrollo gira en torno a un escenario en el que el médico se enfrenta al dilema de informar a la esposa (que también es su paciente) del paciente con infección por VIH⁴⁶. Para Gibson⁴⁷, la posición de Kipnis es insostenible porque, entre muchos otros aspectos, rompe con el principio de equidad (justicia) y para Bozzo⁴⁸, la decisión de romper el secreto en esta circunstancia debe basarse en una elección racional.

En el Código Penal de 1940⁴⁹, artículo 154, consta que la revelación por justa causa del secreto profesional no se caracteriza como delito, y que el sujeto activo es toda persona en razón de su función, ministerio, oficio o profesión, y el sujeto pasivo es toda persona titular del secreto dado en confianza. El artículo 266 del código establece que practica delito el médico que deje de *denunciar a la autoridad pública de una enfermedad cuya declaración es obligatoria*, y, en el artículo 325, es delito revelar o facilitar la revelación de un secreto que debe permanecer en secreto y que se haya obtenido en virtud de un cargo⁴⁹.

La Ley de Faltas Penales, en su artículo 66, aclara que es delito el hecho de que un médico deje de comunicar a la autoridad competente un delito de *acción pública del que ha tenido conocimiento en el ejercicio de la medicina, siempre que la acción penal no dependa de representación y que la comunicación no exponga al cliente a proceso penal*⁵⁰ estableciendo otra condición favorable a la violación de secreto por justa causa.

Asimismo, es deber del médico del trabajo callar en testimonio hechos de los que haya tenido conocimiento durante la labor médica si no está autorizado por el trabajador, según el artículo 207 del Código de Proceso Penal⁴⁹, sobre todo cuando la revelación pueda incriminar penalmente al trabajador, según lo establecido en el párrafo único del artículo 73 del CEM⁴.

Suministro de copia de la historia clínica ocupacional

Entre las formas de romper la confidencialidad, el médico del trabajo debe ceñirse a entregar una copia de la historia clínica ocupacional, que debe seguir las determinaciones de los artículos 89 y 90 del CEM⁴. Para satisfacer la solicitud del trabajador o de su representante legal, cuando este se

encuentre impedido, deberá solicitarla por escrito. La última edición del CEM establece que la copia de la historia clínica puede enviarse directamente al juez requirente, y el artículo 773 del Código de Proceso Civil determina que *el juez podrá, de oficio o a instancia de parte, determinar las medidas necesarias para dar cumplimiento a la orden de entrega de documentos y datos*⁵¹. Además, el párrafo único del artículo establece que *el juez, al recibir datos confidenciales a los efectos de su ejecución, adoptará las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad*⁵¹.

En circunstancias que implique investigación criminal, la información médica relativa al trabajador proporcionada al tribunal tiene una prerrogativa de secreto restringida al mantenimiento de los derechos fundamentales de la persona investigada, de acuerdo con el artículo 3.º B de la Ley 13.964/2019⁵².

En cuanto al suministro de una copia de la historia clínica para *cumplir con la orden judicial*, cabe resaltar que, de acuerdo con el Código de Ética Médica²⁸, del 2009, esta conducta solo sería posible si existiera la interposición del perito designado por el tribunal. Sin embargo, la nueva orientación del CFM cumple con el contenido del artículo 330 del Código Penal, según el cual sería delito de desobediencia dejar de cumplir *orden legal del funcionario público*⁴⁹, pero es un factor de conflicto entre el deber ético y el legal al desconsiderar la autonomía del paciente/trabajador. Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta determinación puede, dependiendo de la situación, exponer información médica incluida en el proceso judicial, aunque, como se señaló anteriormente, el juez actúe para mantener el secreto de la información médica⁵¹.

Custodia y descarte de historias clínicas ocupacionales

Es innegable la importancia ético-legal de la historia clínica del paciente; en ella consta información sobre la historia médica del trabajador que fue concedida bajo circunstancias confidenciales y que pertenece al que la concedió. Sin embargo, el documento, físico o electrónico, debe permanecer bajo la custodia del profesional o institución en la que se elaboró.

La información que atañe a las condiciones médicas del servidor público debe describirse en una historia clínica individual, ya sea en papel o en formato electrónico, la cual debe archivar de forma segura

y conservarse durante un período mínimo de 20 años después de la desvinculación del servidor público. Este período también se menciona en la Norma Reglamentaria 7/2003, del Ministerio de Trabajo, al referirse a la historia clínica del trabajador:

7.4.5. los datos obtenidos en los exámenes médicos, incluida la evaluación clínica y los exámenes complementarios, las conclusiones y las medidas aplicadas deberán registrarse en una historia clínica individual, la cual estará bajo la responsabilidad del médico coordinador del Programa de Control Médico de Salud Ocupacional [PCMSO].

7.4.5.1. Los registros a los que se refiere el punto 7.4.5. deben conservarse por un período mínimo de 20 (veinte) años después de la desvinculación del trabajador⁵⁴.

Este entendimiento sobre el tiempo de archivo de la historia clínica se extiende al segmento asistencial, según la Resolución CFM 1.821/2007⁵⁴, que también establece la obligatoriedad del nivel de garantía de seguridad 2 cuando la opción sea por medio electrónico.

La Ley 13.787/2018⁵⁵ también determina que la historia clínica electrónica debe conservarse por un período de 20 años, que se puede modificar si existe otro entendimiento reglamentado, para ser material de investigación o para fines legales y probatorios, por ejemplo. Esta ley también incluye la posibilidad de que se devuelva la historia clínica al paciente si se indica su destrucción y, aunque no se refiere específicamente a la historia clínica ocupacional, esta decisión puede aplicarse a la medicina del trabajo⁵⁵. Teniendo en cuenta actividades específicas del trabajo, como la exposición al polvo de asbesto, los registros médicos deberán conservarse por un mínimo de 30 años después de la última anotación o hasta que el trabajador cumpla 75 años y por 40 años en caso de un trabajador expuesto a sustancias químicas cancerígenas⁵³.

Responsable del secreto y de la custodia de la historia clínica

El técnico responsable de la unidad de salud de atención al trabajador y el médico coordinador del PCMSO deben mantener seguros los registros médicos de los trabajadores y ellos son los responsables de la custodia de los documentos. En caso de cambio del responsable técnico, se deberá emitir

una Transferencia de Custodia de Documentos y Expedientes, pasando la responsabilidad al médico sucesor; si no hay sucesor, los documentos deben ponerse a disposición del trabajador o enviarse al Consejo Regional de Medicina de la jurisdicción donde se formuló el documento⁵³.

Françoso Filho, en el Dictamen 80.157/2015⁵⁶, del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo, aclara que, en caso de transferencia de un funcionario a otro lugar de trabajo, la historia clínica ocupacional original no se debe enviar a otro médico, solo una copia, cuando sea necesario, ya que la historia clínica no puede salir de la institución responsable de su elaboración y custodia⁵⁶.

La violación de la confidencialidad también se puede discutir con relación al Perfil Profesional de la Seguridad Social (PPP), instrumento que comprueba el ejercicio de una actividad especial por parte del trabajador que forma parte de la historia clínica ocupacional. La Resolución CFM 1.715/2004⁵⁷ orienta al médico del trabajo a observar todas las precauciones éticas que garanticen el mantenimiento del secreto en la elaboración del PPP, prohibiéndole también revelar información de salud del trabajador al empleador o a la empresa⁵⁷. Esta resolución orienta que el campo del PPP denominado "Resultados de monitoreo biológico" no debe ser completado por el médico del trabajo, como se explica en el artículo 268 de la Instrucción Normativa 77/2015, del Instituto Nacional de la Seguridad Social⁵⁸.

Consideraciones finales

El Decreto 20.931/1932⁵⁹ estableció una penalidad en caso de falta grave en el ejercicio de la medicina, imponiendo al médico la necesidad de actualizarse permanentemente acerca de las cuestiones éticas y jurídicas. Proteger la confidencialidad es una forma de respetar los derechos humanos universales. Sin embargo, pueden surgir situaciones de conflicto en la práctica de la medicina ocupacional, lo que hace necesario que el médico del trabajo no solo conozca y obedezca los dictados éticos, sino, que fundamentalmente, siga las normas legales. Este estudio buscó mostrar los principales aspectos éticos y legales actualizados relativos a la salud ocupacional, y su importancia radica en ayudar a todos aquellos que se dedican a esta área tan relevante del conocimiento médico.

Referencias

1. Martin JF. Privacy and confidentiality. In: Ten Have H, Gordijn B, editors. Handbook of global bioethics [Internet]. Dordrecht: Springer; 2014 [acesso 1º fev 2022]. p. 119-37. DOI: 10.1007/978-94-007-2512-6_72
2. Comissão Internacional de Saúde no Trabalho. Código internacional de ética para os profissionais de saúde no trabalho [Internet]. 3ª ed. Curitiba: ANAMT; 2016 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/35l8oFO>
3. Touil L, Manaouil C. Medical secrecy in occupational medicine (I). Rev Prat [Internet]. 2018 [acesso 1º fev 2022];68(3):263-6. Disponível: <https://bit.ly/3pb9HOX>
4. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3lfaiWT>
5. Iavicoli S. The new EU occupational safety and health strategic framework 2014-2020: objectives and challenges. Occup Med [Internet]. 2016 [acesso 1º fev 2022];66(3):180-2. DOI: 10.1093/occmed/kqw010
6. Emanuel E. Introduction to occupational medical ethics. Occup Med [Internet]. 2002 [acesso 1º fev 2022];17(4):549-58. Disponível: <https://bit.ly/3JGDfeG>
7. World Medical Association. Medical ethics manual [Internet]. 3ª ed. Ferney-Voltaire: WMA; 2015 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3H6TWyk>
8. Brandt-Rauf PW, Brandt-Rauf SI. History of occupational medicine: relevance of Imhotep and the Edwin Smith papyrus. Br J Ind Med [Internet]. 1987 [acesso 1º fev 2022];44:68-70. DOI: 10.1136/oem.44.1.68
9. Gochfeld M. Chronologic history of occupational medicine. J Occup Environ Med [Internet]. 2005 [acesso 1º fev 2022];47(2):96-114. DOI: 10.1097/01.jom.0000152917.03649.0e
10. Franco G, Franco F, Bernardino Ramazzini: the father of occupational medicine. Am J Public Health [Internet]. 2001 [acesso 1º fev 2022];91(9):1382. DOI: 10.2105/AJPH.91.9.1382
11. Franco G. A tribute to Bernardino Ramazzini (1633-1714) on the tercentenary of his death. Occup Med [Internet]. 2014 [acesso 1º fev 2022];64(1):2-4. DOI: 10.1093/occmed/kqt110
12. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública [Internet]. 1991 [acesso 1º fev 2022];25(5):341-9. Disponível: <https://bit.ly/3M5chQ6>
13. Mendes R. Patologia do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 19.
14. Seligmann-Silva E, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. Saúde do trabalhador no início do século XXI. Rev Bras Saúde Ocup [Internet]. 2010 [acesso 19 mar 2022];35(122):185-6. DOI: 10.1590/S0303-76572010000200001
15. Brasil. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. Coleção de Leis do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, 15 jan 1919 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/38g1u69>
16. Brasil. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União [Internet]. Rio de Janeiro, 9 ago 1943 [acesso 22 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3NF5q0C>
17. Brasil. Lei nº 8.213, de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 25 jul 1991 [acesso 22 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3wSepWf>
18. Westerholm P. Professional ethics in occupational health: Western European perspectives. Ind Health [Internet]. 2007 [acesso 1º fev 2022];45(1):19-25. DOI: 10.2486/indhealth.45.19
19. Iavicoli S, Valenti A, Gagliardi D, Rantanen J. Ethics and occupational health in the contemporary world of work. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 [acesso 1º fev 2022];15(8):1713. DOI: 10.3390/ijerph15081713
20. McGovern C. Medical records: documentation, confidentiality, and obligations. In: Payne-James J, Byard RW, editors. Encyclopedia of forensic and legal medicine. 2ª ed. Amsterdam: Elsevier; 2016. p. 526-30
21. Gutierrez AM, Hofstetter JD, Dishner EL, Chiao E, Rai D, McGuire AL. A right to privacy and confidentiality: ethical medical care for patients in United States immigration detention. J Law Med Ethics [Internet]. 2020 [acesso 18 mar 2022];48(1):161-8. DOI: 10.1177/1073110520917004
22. Styffe EJ. Privacy, confidentiality, and security in clinical information systems: dilemmas and opportunities for the nurse executive. Nurs Adm Q [Internet]. 1997 [acesso 14 mar 2022];21(3):21-8. DOI: 10.1097/00006216-199704000-00006

23. Sokol D. ABC of medical confidentiality. It is right for the bar to be set high for breaching trust. *BMJ* [Internet]. 2020 [acesso 19 mar 2022];368:m857. DOI: 10.1136/bmj.m857
24. Fávero F. Medicina legal. São Paulo: Martins; 1972. Vol. 3, p. 52
25. Sandoval ORB. O juramento de Hipócrates. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) [Internet]. Ribeirão Preto, 24 abr 2019 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3Ieldz7>
26. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Juramento de Hipócrates. Cremesp [Internet]. [s.d.] [acesso 17 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3qLjUIF>
27. Vaught W, Paranzino GK. Confidentiality in occupational health care: a matter of advocacy. *AAOHN* [Internet]. 2000 [acesso 1º fev 2022];48(5):243-54. Disponível: <https://bit.ly/36AYJvl>
28. Conselho Federal de Medicina. Códigos de Ética Médica (versões anteriores). CFM [Internet]. [s.d.] [acesso 20 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3LvAo9y>
29. Tamin J. Confidentiality. In: Tamin J. Occupational health ethics. Cham: Springer; 2020. p. 35-41. DOI: 10.1007/978-3-030-47283-2_4.
30. Blightman K, Griffiths SE, Danbury C. Patient confidentiality: when can a breach be justified? *CEACCP* [Internet]. 2014 [acesso 1º fev 2022];14(2):52-6. DOI: 10.1093/bjaceaccp/mkt032
31. American Medical Association. AMA principles of medical ethics [Internet]. Chicago: AMA; 2016 [acesso 20 mar 2022]. Chapter 3, Opinions on privacy, confidentiality & medical records. Disponível: <https://bit.ly/36XAKXo>
32. van Bogaert KD, Ogunbanjo GA. Confidentiality and privacy: what is the difference? *S Afr Fam Pract* [Internet]. 2009 [acesso 1º fev 2022];51(3):194-5. DOI: 10.1080/20786204.2009.10873845
33. American College of Occupational and Environmental Medicine. Confidentiality of medical information in the workplace [Internet]. Elk Grove Village: ACOEM; 2012 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3wSE2Gq>
34. American Medical Association. Code of Medical Ethics: professional self-regulation [Internet]. AMA [acesso 19 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3u3hUY9>
35. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.183, de 21 de junho de 2018. Dispõe de normas específicas para médicos que atendem o trabalhador. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 206, 21 set 2018 [acesso 1º fev 2022]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/33OkaYU>.
36. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.297/2021. Dispõe de normas específicas para médicos que atendem o trabalhador. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 314, 18 ago 2021 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3DuVH8q>
37. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 31 out 1975 [acesso 19 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3tTPVf>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ficha de investigação: acidente de trabalho [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3qRoLBF>
39. Brasil. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria SEPRT/ME nº 4.334, de 15 de abril de 2021. Dispõe sobre o procedimento e as informações para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (Processo nº 10132.100084/2021-71). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 19 abr 2021 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3uL1bYD>
40. Brasil. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 23 dez 1977 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3Hdv9bK>
41. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 25 nov 2003 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3qMQB2c>
42. França GV. Medicina legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 158.

43. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer Cremec nº 11, de 2 de julho de 2001. A liberação de prontuários para fins de perícias do IML deve ser autorizada pelo paciente com interesse no resultado da respectiva perícia. Cremec [Internet]. Fortaleza, 28 jun 2001 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3p8z112>
44. Cunha RS. Código penal para concursos. Salvador: JusPodivm; 2020. p. 558.
45. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Quebra de sigilo por “motivo justo” causa grandes dilemas aos médicos. Violar o sigilo profissional pode não acarretar punição, já que se trata de dever relativo, aberto a exceções. Cremesp [Internet]. 2012 [acesso 22 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3K36PMg>
46. Kipnis, K. A defense of unqualified medical confidentiality. *Am J Bioeth* [Internet]. 2006 [acesso 19 mar 2022];6(2):7-18. DOI: 10.1080/15265160500506308
47. Gibson E. Medical confidentiality and protection of third party interests. *Am J Bioeth* [Internet]. 2006 [acesso 19 mar 2022];6(2):23-5. DOI: 10.1080/15265160500506522
48. Bozzo A. A challenge to unqualified medical confidentiality. *J Med Ethics* [Internet]. 2018 [acesso 19 mar 2022];44(4):248-52. DOI: 10.1136/medethics-2017-104359
49. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet]. Rio de Janeiro, 31 dez 1940 [acesso 1º fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3lfz21k>.
50. Brasil. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das contravenções penais. Diário Oficial da União [Internet]. Rio de Janeiro, 3 out 1941 [acesso 23 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3iOXzz1>
51. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 17 mar 2015 [acesso 19 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3wSk2Dy>
52. Brasil. Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019. Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 24 dez 2019 [acesso 21 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3ND5eyE>
53. Brasil. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria nº 6.734, de 9 de março de 2020. Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 07 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. (Processo nº 19966.100069/2020-12). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 13 mar 2020 [acesso 21 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3JYb8bB>
54. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.821, de 23 de novembro de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 23 nov 2007 [acesso 21 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3LuzUAp>
55. Brasil. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 28 dez 2018 [acesso 21 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3LuAQEV>
56. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 80.157, de 22 de abril de 2015. Cremesp [Internet]. 2014 [acesso 20 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3wOLmmb>
57. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.715, de 8 de janeiro de 2004. Regulamenta o procedimento ético-médico relacionado ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP). CFM [Internet]. 2004 [acesso 23 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3Dtntlm>
58. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa INSS nº 77, de 21 de janeiro de 2015. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 22 jan 2015 [acesso 23 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3qPCmtq>
59. Brasil. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Coleção de Leis do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, 31 dez 1932 [acesso 21 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3v1Z6Yz>

Amanda Ribeiro Batlle – Graduada – amanda.rbatlle@gmail.com

 0000-0002-8567-8325

Ana Paula Possar do Carmo – Graduada – anapaulapossar@hotmail.com

 0000-0002-7333-3485

Fabiana Iglesias de Carvalho – Especialista – fabianaiglesias14@gmail.com

 0000-0003-2381-6937

Ivan Dieb Miziara – Libre docente – ivanmiziara@gmail.com

 0000-0001-7180-8873

Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara – Doctora – carmen.miziara@hc.fm.usp.br

 0000-0002-4266-0117

Correspondencia

Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara – Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira Cesar CEP 01246-903. São Paulo/SP, Brasil.

Participación de los autores

Amanda Ribeiro Batlle, Ana Paula Possar do Carmo y Fabiana Iglesias de Carvalho recopilaron y revisaron la literatura pertinente y escribieron el primer borrador del texto. Ivan Dieb Miziara organizó el diseño del estudio y contribuyó a la revisión final. Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara escribió el texto final y ayudó en la revisión final.

Recibido: 14.7.2020

Revisado: 10.2.2022

Aprobado: 15.2.2022