

Historia clínica: al limitar el acceso se mejora el proceso

Juan Gérvas

Médico general jubilado. Equipo CESCA. Madrid.

Los médicos hemos trabajado sin registros escritos de los pacientes durante cientos de miles de años, desde la Prehistoria hasta finales del siglo XVII y su uso se generalizó solo a mediados del siglo XX. En la antigua China, Egipto y Sumeria ya se recogían casos clínicos, pero con afán docente, no de seguimiento.

Se denomina «historia clínica» el documento en que se registra sobre el paciente que se atiende y cuyo fin básico es la prestación de una atención clínica correcta¹. La historia clínica no es el registro exhaustivo de la situación del paciente, sino de una selección de hechos importantes para la toma de decisiones en el momento presente y en el futuro. El registro ayuda a la memoria y al seguimiento. Por ello, la historia clínica permite tomar decisiones en el presente teniendo en cuenta el pasado (mientras se prepara el futuro).

La historia clínica refleja tanto al paciente (y a sus familiares y a la comunidad a la que pertenecen) como al médico, pero más a este último.

Solemos distinguir en el registro lo «subjetivo» (lo que manifiesta el paciente, sus familiares, o todos ellos) de lo «objetivo» (lo que encuentra el médico durante la exploración física y a través de las pruebas complementarias). En realidad, ambos registros son «subjetivos del médico». Es decir, el médico reinterpreta la realidad y la registra según su mejor entender. Incluso cuando se registra la «razón de consulta» con las propias palabras del paciente el médico no deja de hacer una selección y de registrar lo que en su propia opinión es clave y fundamental. Como toda actividad científica, la idea de «neutralidad» médica es falsa, una falacia más.

Además de lo objetivo y lo subjetivo, la historia clínica sirve para registrar información diagnóstica (el juicio clínico, firme o provisional), pronóstica (posible evolución con intervenciones médicas o sin ellas) y terapéuticas (pautas que se sugieren al paciente respecto a la medicación, la alimentación, el estilo de vida, la rehabilitación y otras). Todo ello refleja de nuevo más al médico que al paciente.

Por ejemplo, el diagnóstico muchas veces sigue al tratamiento, de forma que el médico primero decide cómo

tratar al paciente, y luego elige un diagnóstico que lo justifique². Así se explica, en otro ejemplo, el «estilo de prescribir» que lleva a recetar, incorrectamente, antibióticos en todo paciente con «dolor de garganta»³. Muchas veces, pues, no es el diagnóstico del paciente el que guía la prescripción, sino el que la justifica. En ese sentido, la historia clínica no es tanto la historia clínica que relata el padecer del paciente, sino el registro de la reacción del médico al enfermar del paciente (y la precisión en el lenguaje es clave en el asunto que nos preocupa). Insisto en ello porque es fundamental para la defensa de la restricción al acceso casi indiscriminado actual a la historia clínica electrónica.

Se trata de defender el secreto médico (un deber del profesional) y la confidencialidad del paciente (un derecho del enfermo), pero ambos asuntos se refieren tanto al propio paciente como al médico que lo atiende. La historia clínica no es un registro «neutral», sino un vívido retrato tanto del paciente (su familia y su comunidad) como del médico.

La historia clínica permite tomar mejores decisiones en el presente teniendo en cuenta el pasado y para ello se necesita el registro «confiado y leal» de cuanto estima importante el médico que atiende. Sin confianza no hay atención clínica de calidad. De hecho, sin confianza lo que puede haber es una atención deficiente en que el paciente declare solo lo que estime estrictamente conveniente y el médico solo registre lo que considere estrictamente suficiente.

Por ello el acceso a la historia clínica debería ser limitado, para no lesionar ni la confianza ni la lealtad del paciente, ni la del médico.

En Atención Primaria (AP), solo un 5% de los procesos precisa ser compartido con los otros niveles, de forma que el 95% restante nace y muere en la AP, no precisando salto de nivel⁴. Habría que definir de forma precisa el conjunto mínimo de datos a compartir con otros niveles de atención clínica, y ser flexible en su aplicación (el teléfono puede ser un dato «mínimo», pero «sensible» y a no incluir, por ejemplo en el caso de una mujer maltratada y

perseguida por su exnovio, que es otro médico en ese centro de salud).

Naturalmente, tal racionalidad va en contra del negocio de las tecnologías de la información (y de la corrupción, todo hay que decirlo), de forma que se promueve el compartir y el transmitir toda la historia clínica, sin límites, ni ciencia, ni prudencia. El uso clínico compartido de la historia clínica se debería fundar en un conjunto mínimo de datos. Y, en todo caso y siempre, el médico de cabecera y el paciente deberían tener conocimiento inmediato de quién, cuándo y por qué tiene acceso a la historia clínica.

La historia clínica tiene múltiples usos no clínicos, en los que también hay que limitar el acceso. Por ejemplo, la historia clínica tiene uso legal en el sentido de justificar la atención prestada. El acceso por esta causa debería ser autorizado con razones fundadas por el juez, y todo ello conocido por el médico y el paciente. Este es el caso no solo de las reclamaciones judiciales, sino también del acceso por parte de los médicos inspectores que «controlan» las situaciones de incapacidad laboral por enfermedad.

La norma tendría que ser que el uso por causas legales debería ser siempre autorizado por el juez y es un abuso sin ética el que los médicos inspectores «se paseen por la historia clínica como Pedro por su casa». Sin ética, pero con consecuencias en la pérdida de confianza y lealtad entre el paciente y su médico de cabecera⁵.

En los restantes usos no clínicos de la historia clínica no se precisa la identificación del paciente y conviene evitar, también, la identificación del médico. Se puede utilizar la historia clínica «anónima» para docencia, epidemiología, investigación, gestión y mejora de la calidad, por ejemplo,

sin identificar ni al paciente ni al médico. Por supuesto, que la historia clínica sea anónima no significa que no se puedan enlazar los distintos actos clínicos, en distintos lugares, si se cuenta con un «enlazador» encriptado que identifique al paciente (y al médico, si interesa).

En algún aspecto concreto, como la implantación de incentivos ligados al cumplimiento de objetivos, el médico de cabecera (y otros profesionales afectados) podría autorizar el uso concreto de la historia clínica.

En síntesis, hay razones fundadas para tener acceso a la historia clínica fuera del ámbito estricto de la atención clínica por el médico de cabecera, pero es clave limitarlo y notificarlo, si no se quiere perder la calidad global del registro, y con ello de la calidad de la atención.

Bibliografía

1. La historia clínica. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica
2. Howie JGR. Diagnosis, the Achilles heel? J R Coll Gen Pract. [Internet]. 1972;22:310-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2156753/?page=1>
3. Córdoba G, Siersma V, López-Valcárcel B, Bjerrum L, Llor C, Aabenhus R, Makela M. Prescribing style and variation in antibiotic prescriptions for sore throat: cross-sectional study across six countries. BMC Fam Pract. [Internet]. 2015;16:7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/7>
4. Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la atención primaria. La informatización de atención primaria (y II). Aten Primaria. [Internet]. 2000;26:559-76. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-informatizacion-atencion-primaria-y-12285>
5. L'accés dels metges inspectors de l'ICAM a la història clínica posa en perill la confiança dels ciutadans en nosaltres. Disponible en: <https://ecamfic.wordpress.com/2014/11/02/laccess-dels-metges-inspectors-de-licam-a-la-historia-clinica-posa-en-perill-la-confianza-dels-ciutadans-en-nosaltres/>