

# LA HISTORIA CLÍNICA

- ¡Buenos días, señor García!
- ¡Buenos días doctora! Estoy aquí porque desde hace algún tiempo tengo dolores en el pecho.
- ¿Le aparece el dolor en reposo o después de realizar un esfuerzo?
- Vivo en un cuarto sin ascensor. Me duele siempre después de haber subido las escaleras.
- ¿Fuma?
- Ahora no, pero antes fumaba una cajetilla diaria.
- ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad grave?
- Tengo gota desde hace muchos años.
- ¿Sabe de alguna enfermedad en su familia?...

La historia clínica se gesta en la entrevista con el médico, pero ¿en qué consiste?, ¿qué información debe recoger?, ¿cuál es su función? Siga leyendo porque en este artículo se lo contamos.

## ¿Qué es la historia clínica?

La historia clínica es el conjunto de documentos (pruebas diagnósticas, informes quirúrgicos, hojas de evolución y tratamiento...) en los que se recoge el proceso asistencial de cada enfermo. Debe recogerlo todo y cada paciente debe tener la suya. Por tanto, no se trata de un papel burocrático, sino de un instrumento de ayuda esencial en la asistencia sanitaria.

### A mano o informatizada

La historia clínica es, por el momento, un documento escrito a mano; aunque cada vez son más los centros médicos que están informatizando sus servicios y ello incluye, por tanto, la informatización de la historia clínica. Existe un proyecto en la Unión Europea para crear una historia clínica única de manera que, por ejemplo, si usted viaja al extranjero y se pone enfermo, pueda tener la tranquilidad de que el médico que le va a atender dispone de su historia clínica, es decir, permitirá que los profesionales de los centros europeos puedan compartirla. El principal problema al que tiene que

*La historia clínica es el "documento de identidad" de la salud de una persona ya que contiene sus enfermedades, hábitos de vida, antecedentes familiares... Para que sea plenamente útil, debe estar completa y al alcance del médico que la necesite, pero ¿también del paciente?*

## ¿Qué información debe recoger?

Independientemente del formato que tenga (varía según la institución), la historia clínica debe recoger, entre otros, los siguientes aspectos.

**Listado con los problemas:** la historia clínica de Atención Primaria recoge las enfermedades que el paciente tiene o ha tenido con el fin de considerarlas, ya que se trata de una herramienta que está permanentemente abierta y que se va ampliando de forma continuada en el tiempo, según vaya siendo preciso, a lo largo de la vida del paciente. En la Atención Hospitalaria es diferente: como la atención suele ser ocasional, no se usa la lista de problemas sino que éstos se incluyen entre los antecedentes personales.

Formulario de historia clínica con los siguientes campos:

- VINCULO FAMILIAR:
- Nº HISTORIA: 1203
- HOJA N°:
- NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_
- LISTA DE PROBLEMAS INDIVIDUALES:

Nº	Fecha	Problemas/Actos (si aplica)	Fecha	Problemas/Actos (si aplica)	Código
1995		HIPERTENSION (leve)	Julio 1998	COLELITIASIS	
7-05-2000		HIZ (grado I)			

Formulario de historia clínica con las siguientes secciones:

- FECHA: \_\_\_\_\_
- TIEMPO LIBRE Y AFICCIONES (divertidas, hobbies, Ejercicio físico habitual, Pasatiempos, Pasatiempo anterior, Cuestionario ABO de Salud)
  - ESFUERZO DESCANSO: - Caminar 1 hora diaria.
  - Cera de pipas.
- UTILIZACIÓN DE OTROS SISTEMAS SANITARIOS (Medicina privada, medicina alternativa): - Homeopatía.
- HÁBITOS TÓXICOS (Tabaco, alcohol, drogas):
  - Tabaco:  No  Sí
  - Alcohol:  No  Sí
  - Drogas:  Sí  No
- ECOSISTEMA DE DERMATIS: Se ver hoja medicación.
- HÁBITOS ALIMENTARIOS:
  - Intolerancia a...
  - Vegetariano
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Historia de fertilidad, reproducción):
- PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO (Autoconciencia de la salud, autoimagen):
- ANTECEDENTES FAMILIARES (Si es caso, Planificar partos, Si es caso, Curso de historia):
- VALORES CREENCIAS Y ACTITUDES DE INTERÉS (Religión): Testigo de Jehová (no transfundir sangre)

# Un instrumento de gran valor<sup>©</sup>

**Elementos de soporte:** la historia clínica debe completarse con otros documentos como, por ejemplo, la hoja de control de las prescripciones crónicas, hojas de quirófano, hojas de consentimiento informado, órdenes médicas, hojas de interconsulta con otros especialistas, etc.

**Notas de evolución:** en este apartado el médico irá anotando el seguimiento que se le hace al paciente, las pruebas diagnósticas solicitadas, sus resultados, los tratamientos y la respuesta del paciente.

**Datos del paciente:** identificativos, antecedentes personales, factores de riesgo, problemas de salud... En España todavía no existe un consenso sobre cuáles deben ser los datos básicos que debe recoger, cuando se piensa en la creación de un modelo único estándar.

hacer frente este proyecto es la enorme desconfianza de los pacientes sobre si sus datos "viajarán" seguros en la red (según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud más del 54% de los pacientes desconfiaban de la seguridad de sus datos cuando circulan por la red).

Para llevar a cabo este proyecto europeo, previamente, deberán informatizarse las historias clínicas en el ámbito nacional. En este sentido, en España todavía no existe un modelo estándar ni otros requisitos necesarios para llevar esto a cabo.

Ya sea a mano o informatizada la historia clínica contiene datos personales de salud que requieren una seguridad máxima.

## ¿Para qué sirve?

- La primera y principal finalidad de la historia clínica es facilitar al paciente una asistencia sanitaria correcta: por ejemplo, la historia clínica ayuda al médico a saber cuándo se hizo el último control el paciente, cuándo le toca el siguiente, facilita el conocimiento de los antecedentes y relaciones familiares, etc. Por eso es importante que los datos estén ordenados de manera que con una simple lectura el médico tenga una visión global y completa de la situación de ese paciente.
- Garantizar la continuidad: La historia clínica debe recoger todos los contactos que el paciente ha tenido a lo largo de la vida con el sistema sanitario y la evolución. En la Atención Primaria cada familia tiene su historia clínica conjunta, se trata de una carpeta que contiene las historias clínicas individuales de cada uno de los miembros de la familia. De esta manera el médico tiene toda la información familiar junta.
- Evaluar la calidad de la asistencia: Este documento permite conocer cómo ha sido la actuación médica en cada momento (por ejemplo, para auditar servicios sanitarios o para valorar una actuación sanitaria ante una demanda).
- Es una base de datos importantísima: La historia clínica permite obtener información necesaria para mejorar la organización y planificación de los servicios sanitarios, para realizar

► boletines epidemiológicos, estudios de investigación, etc. Los datos que se recogen con estos fines son siempre anónimos. Deben preservar la identidad de los pacientes; salvo que éste haya dado su consentimiento para que no sea así.

## El derecho a la intimidad...

La primera norma reguladora de la confidencialidad de la historia clínica es la Constitución, que reconoce el derecho a la intimidad, honor o cualquier otra expresión de similar significado.

También, la Ley General de Sanidad recoge el derecho del paciente a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias. Por tanto:

- En la relación médico/paciente tiene que existir un deber mutuo, de comunicación leal y veraz por parte del enfermo y de secreto profesional por parte del médico.

Estas obligaciones de confidencialidad van ligadas también a la historia clínica, debido a la información que entraña. Para preservar su confidencialidad es preciso que únicamente tenga acceso a estos datos el personal autorizado.

- El archivo y la movilización de las historias clínicas manuales también han de respetar la confidencialidad, es decir, éstas deben estar el mínimo tiempo posible fuera del archivo y durante su traslado no deben quedar al alcance de terceros (personal no autorizado o usuarios del centro).

- El tratamiento de los datos sanitarios incluye un riguroso control. Una manera de garantizar esta confidencialidad es, por ejemplo, que en la parte exterior de la carpeta o el sobre no aparezcan ni el nombre ni los datos del paciente, sólo los códigos de identificación.

- Todo el personal que tiene relación con los datos de salud, aunque no sea personal médico (secretarías, celadores...), debería recibir formación sobre este tema para que tenga claro la importancia de la confidencialidad y el alcance de faltar a ella.

- Así como el paciente tiene derecho a la intimidad, también lo tienen terceras personas como pueden ser los familiares que aportan algún dato al médico pero que no desean que el paciente conozca esa confidencia (por ejemplo, el hecho de que el paciente es adoptado y lo desconoce, o datos sobre el seguimiento de un tratamiento como que el paciente no está tomando los medicamentos...).

El propio médico también tiene derecho

a la intimidad y puede anotar en la historia clínica notas subjetivas que no tiene por qué conocer el paciente, por ejemplo, aliento a alcohol.

Todos estos datos pueden ser de gran interés para la asistencia sanitaria del paciente y, sin embargo, éste no tiene por qué conocerlos.

- Por último, la confidencialidad debe aplicarse también en los gabinetes de salud laboral. Por ejemplo, en la copia del parte de baja que se tramita a la empresa no tiene que aparecer el motivo de la baja, es decir, no se pone el diagnóstico. Ésta no tiene por qué saber el motivo de la baja salvo que el trabajador quiera contarla.

## ... y el derecho a la información

La Ley General Sanitaria recoge el derecho del paciente a la información verbal y escrita de su estado de salud y establece que la historia clínica estará a disposición de los enfermos. Esto hace que la historia clínica ya no se considere sólo propiedad del equipo sanitario, sino también del paciente, que tiene derecho a conocer la información que contiene. Sin embargo, si éste prefiere no ser informado, el médico también deberá respetar su deseo.

Esto es la teoría, pero en la práctica, ¿qué ocurre cuando un paciente quiere disponer de su historia clínica? (vea el recuadro *Una pequeña prueba práctica: Acceder a la historia clínica*).

### Cuando la historia clínica es una historia

Aunque existe cierta controversia sobre la propiedad de la historia clínica (sobre si pertenece al paciente, al médico o al centro sanitario), de cualquier modo el paciente tiene derecho a acceder a la historia clínica y a obtener una copia de los datos que figuran en ella.

Este tema ha sido muy cuestionado ya que, si se facilita íntegramente, se pierde el derecho a la intimidad y

**Lamentablemente no siempre las personas encargadas del manejo, conservación y custodia de las historias clínicas son conscientes de la responsabilidad que tienen entre manos.**



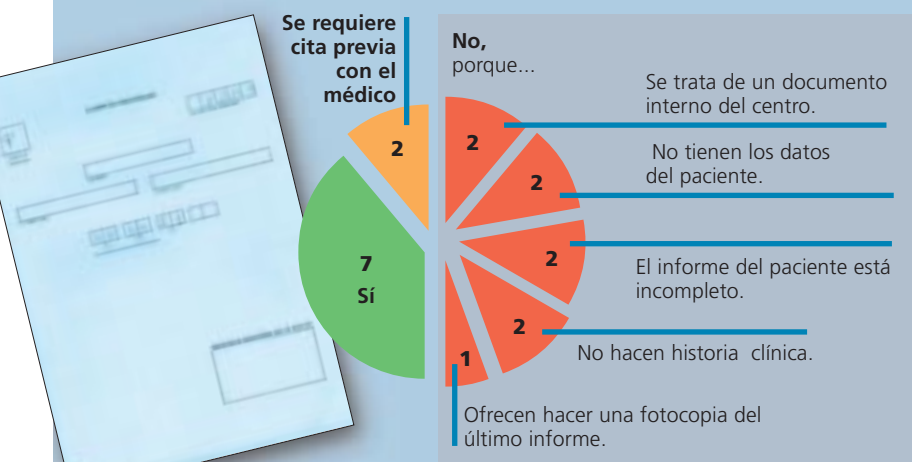
## UNA PEQUEÑA PRUEBA PRÁCTICA: ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA

Como hemos visto la legislación nacional establece que la historia clínica estará a disposición de los pacientes, pero ¿realmente es así?

Para saberlo hemos realizado una pequeña prueba práctica: un grupo de colaboradores ha solicitado su historia clínica en 12 centros públicos (cuatro hospitales, cuatro centros de atención primaria, dos centros de especialidades y dos especialistas en centros hospitalarios) y 6 privados (dos hospitales, dos centros médicos y dos consultas privadas) de Barcelona, La Coruña, Madrid y Sevilla. Veamos cuáles han sido los resultados:

- El primer paso que tuvieron que dar nuestros colaboradores para conseguir la historia clínica fue presentar una solicitud: en 4 centros nuestros colaboradores tuvieron que hacerlo por escrito y en 9 casos fue preciso solicitarla al departamento de Administración (en tres casos tuvieron que dirigirse al personal de Administración; en cinco, al Servicio de Atención al Paciente; y en uno, a la coordinadora del centro). En 15 de los 18 casos tuvieron que indicar los motivos por los que solicitaban la historia clínica.
- De los 18 centros que visitamos sólo en 7 casos nos entregaron directamente la historia clínica. En los siguientes gráficos podemos ver reflejados estos resultados.

### ¿QUÉ OCURRE SI SOLICITO MI HISTORIA CLÍNICA?



### POR CIUDADES



En resumen, este sondeo nos ha permitido comprobar que, en conjunto, en estos momentos el paciente lo tiene difícil si quiere conseguir su historia clínica, es decir, que una cosa es la teoría y otra la práctica. Aunque si usted vive en una de las comunidades autónomas que tienen regulado este tema posiblemente no tenga problemas para obtenerla, ya sea directamente o previa cita con el médico (como se refleja en el gráfico).

confidencialidad de los datos de terceros que se reflejan en ella.

También, como ya hemos dicho, la historia clínica puede contener apreciaciones de los profesionales relevantes para la atención sanitaria del paciente, pero de poco interés para éste (por ejemplo, anotaciones del médico sobre sospecha de malos tratos aún no confirmados, mala higiene de la vivienda del paciente, sospecha por

parte del médico de que el paciente no le está contando la verdad...). Si el médico entrega una copia completa de la historia clínica, estaría por un lado divulgando información relativa a terceras personas e incurriendo en un delito y, por otro, entregando información que sólo le pertenece a él ya que son apreciaciones suyas y, además, muchas son delicadas y podrían dañar la relación médico/paciente.

En este sentido, se considera que el derecho de información del paciente no debe perjudicar el derecho a la intimidad de terceros, ni de profesionales sanitarios que han intervenido en el proceso. Así pues, estas anotaciones no deberán incluirse en la copia que se facilite al paciente.

### ¿Cuándo puede interesar al paciente tener su historia clínica?

Las razones por las que un paciente desea acceder a los datos de su historia clínica pueden ser muy diversas:

- Ejercer su derecho a la información, sin más. Este caso no es muy frecuente ya que, en principio, la relación médico/paciente debe basarse en la confianza y comunicación abierta.
- Pedir una segunda opinión a otro médico.
- Continuar la asistencia sanitaria en otro centro.
- Obtener pruebas con el fin de iniciar un proceso judicial.

En todos estos casos, el paciente no debería tener impedimento para acceder a los datos objetivos de su historia clínica.

En el último caso, si un juez necesita la historia clínica íntegra, parece lógico (si no fuese suficiente con la elaboración de un informe detallado), esperar a que sea el juez quien, en su caso, realice la petición directamente al centro sanitario o al propio médico.

### En vías de solución

Se ha redactado un texto a nivel nacional, aprobado ya en el Congreso, que define claramente el contenido de la historia clínica, quién debe archivarla y custodiarla, así como quién tiene acceso a la misma.

No obstante, la regulación del proceso adecuado, para que se garantice el cumplimiento del derecho por parte del paciente, queda delegado a las comunidades autonómicas. Esta regulación ya existe en Cataluña (2000), Galicia (2001) y Navarra (2002).

Esperemos que la aplicación de la normativa nacional regule de manera definitiva el acceso a la historia clínica por parte del paciente, para que en la práctica todo el mundo pueda disfrutar de este derecho. ■