

## Una persona, ¿Una historia clínica? One person, a clinical history?

María Castellano Arroyo

*Catedrática de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Granada*

La Historia Clínica forma parte del quehacer médico. Sin duda nació como una necesidad para el médico ya que los enfermos eran muchos y las visitas repetidas, ¿Qué memoria soportaría tales situaciones?. La elaboración de una ficha o historia de cada enfermo era necesaria y poco a poco imprescindible. En ella se dejaba constancia escrita de lo que el enfermo refería y de las observaciones obtenidas por el médico en sus exploraciones; sobre esta base se establecía el diagnóstico y se daban las recomendaciones para la mejoría o curación. Todo ello debía quedar escrito para recuperarlo en la siguiente consulta.

Si bien su origen estuvo ligado a la necesidad del médico de conservar la información de cada enfermo, pronto se hizo evidente el beneficio que significaba, también para el enfermo, que constaran sus antecedentes y se tuvieran en cuenta en el futuro; sin duda, hacer la historia clínica y hacerla bien se convirtió en parte esencial del arte médico.

A lo largo del siglo XX la historia clínica salió de las consultas particulares, se hizo hospitalaria y ha adquirido categoría de “derecho del paciente”, extendiéndose sus fines y usos a la investigación y docencia, inspección, planificación sanitaria, o a la administración de justicia. Las normas legales que regulan hoy la historia clínica, en España, además de la estatal (Ley 41/2002) son tantas como Comunidades Autónomas.

Volviendo a su principal fin, facilitar la mejor asistencia sanitaria a cada paciente, hemos de reconocer que los principales cambios han venido de la mano de la tecnología. La hoja manuscrita pasó a ser mecanografiada, o a estar impresa y preformateada, pasando a ser muy numerosos los documentos que hoy integran una historia clínica. Cuando el mecanografiado se acompañó de soporte informático, la historia clínica se archivó y se procesó de acuerdo con los programas informáticos que fueron conviniendo. Desde sus orígenes hasta hoy todo se ha hecho posible respecto a los datos clínicos: una prueba de imagen realizada en cualquier consulta de Europa o América puede ser analizada e informada por profesionales hindúes, por poner un ejemplo, (procedimiento utilizado para desbloquear el retraso que, en un gran hospital supone la interpretación de las pruebas complementarias). Sabemos que lo que está en una base de datos se puede transmitir o consultar desde cualquier lugar y se puede convertir en cualquier otro tipo de soporte.

La movilidad actual de las personas, ya sea por placer, por motivos laborales u otros provoca la necesidad de asistencia médica fuera del ámbito en el que habitualmente se desenvuelve la vida. Esto hace evidente la necesidad de que la historia clínica esté disponible para su consulta en las ocasiones en las que sea necesario. Sin embargo, el hecho de que los programas informáticos

aplicados sean diferentes entre las Comunidades Autónomas españolas y entre países resta utilidad y eficiencia a todo el proceso de la informatización de la historia clínica. Conseguir una homogeneidad entre dichos programas es hoy objetivo del Ministerio de Sanidad y de instituciones científico-sanitarias. Igualmente se pretende que en un futuro próximo la historia clínica pueda estar encriptada en la tarjeta sanitaria individual, lo que permitiría que con la clave personal, conocida por el paciente (o su responsable legal) se hiciera posible su consulta, allí donde éste se encontrara.

Pues bien, con este panorama planteamos un dilema importante y no resuelto, en nuestro país. Se trata del hecho de que cada “persona trabajadora”, es decir las que disfrutan de un trabajo remunerado (cuenta ajena, funcionarios, autónomos, etc.) genere dos historias clínicas diferentes. De una parte, la historia clínica derivada de la asistencia por la patología denominada “común” y de otra, estaría la historia “clínico-laboral”. En esta historia clínica se recogen los datos de asistencia por las patologías laborales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como los resultados de los datos de la vigilancia de la salud, exámenes periódicos a los que tiene derecho todo trabajador; además, esta historia anota, además, datos sobre los puestos de trabajo desempeñados y los riesgos inherentes a ellos. Esta asistencia compete a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales propios o los ajenos contratados por las empresas para esta asistencia de tipo preventivo y de fomento de la salud laboral.

La separación entre ambas historias clínicas es completa. En la práctica es como si la persona trabajadora fuera distinta en las horas de trabajo, (en las que genera una información clínica específica), y en el resto de su tiempo cuando descansa, viaja, practica deportes o actividades de ocio.

Es como si, desde la perspectiva biológica y psicosocial fuera posible separar el funcionamiento del organismo en el tiempo del trabajo respecto del tiempo en que no lo hace o, simplemente, realiza otras actividades. Se podría entender que esta separación queda justificada por aspectos legales ya que, por ejemplo, la jardinería para un jardinero es su trabajo, pero esta tarea será tiempo de ocio para quién tiene otra actividad o profesión; así, una herida en el primer caso será un accidente de trabajo, mientras que en el segundo será un accidente común, teniendo en ambos casos consecuencias legales distintas.

Pero ¿Se justifica esto desde la perspectiva médica?. Es cuando menos una cuestión que merece reflexión y debate.

La realidad expuesta, hace que en la práctica, el médico de familia que atienden a una persona en consulta, o los especialis-

tas que exploran a un paciente hospitalizado no conozcan, ni dispongan de información objetiva sobre los datos de la salud laboral (actividad realizada, percances sufridos, riesgos específicos de su puesto de trabajo, etc., etc.) ya que la idea habitual es atender a la patología que presenta pero dejando al margen la forma en que el trabajo que realiza esté pudiendo influir en el cuadro por el que solicita asistencia. Ramazzini dijo, en el siglo XVIII que a las preguntas hipocráticas ¿Qué le pasa?, ¿Desde cuando? y, ¿A qué lo atribuye? había que añadir ¿En que trabaja?, pero a día de hoy esto no se hace de forma sistemática, y cuando se hace, el paciente no está en condiciones de conocer y transmitir toda la información clínico-laboral que podría ser importante, según los casos.

Las dos opciones que se plantean son: ¿Es adecuada la separación entre la historia clínica laboral y la historia clínica común o, ¿sería preferible ir hacia una historia clínica única e integrada en cada persona?. Cualquiera de las dos tienen sus defensores y detractores.

Los que defienden la situación actual de separación lo hacen en defensa del derecho a la intimidad del trabajador y al deber de protección de sus datos clínicos. Sin duda, la historia clínica laboral merece toda la protección y el mayor deber de confidencialidad. Sólo el médico del trabajo y el trabajador conocerán los datos de salud del trabajador. La información al empresario se dará en términos de “aptitud” o no para el trabajo, pero no con diagnósticos o datos que revelen el diagnóstico. Sin embargo consideramos que para el trabajador es importante que el médico de familia o quienes le atiendan en un proceso determinado conozcan las características de su trabajo y los riesgos específicos que puedan surgir ligados a su historia laboral.

Por otra parte, entendemos que una historia clínica única en la que conste la patología por la que esa persona ha necesitado asistencia sanitaria, tendría también muchas ventajas para el médico del trabajo que contaría con una información muy valiosa sobre aspectos psicofísicos que pueden hacer a ese trabajador más vulnerable a determinadas actividades, ambientes o circunstancias.

Ambas opciones tienen ventajas e inconvenientes. Si la persona es una y única en sus 24 horas de cada día, respecto a su funcionamiento, su expresión sintomática, su reacción al entorno, a los tratamientos, etc., debería tener una sola historia clínica en la que quede recogida toda su patología, la que guarda relación con el trabajo y la que se debe a procesos comunes y sin intervención en ellos de la actividad laboral. Entre otras cosas, es frecuente, que analizados caso a caso, en muchos de ellos no se pueda establecer una línea nítida e indiscutible entre la patología exclusivamente debida al trabajo y aquella en la que el trabajo no influye absolutamente nada (pensemos en patologías respiratorias, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, ósteomusculares, psiquiátricas, etc., etc.). Esta opción ofrece al médico del trabajo la ventaja de conocer los motivos por los y las circunstancias por las que el trabajador ha necesitado o necesita ayuda médica, fuera del “circuito laboral”. Por otra parte, también sería bueno para los médicos que prestan asistencia a un paciente conocer la influencia que puede tener en el motivo de la consulta las circunstancias laborales de la persona.

Todo lo dicho estará subordinado al máximo respeto y cumplimiento del deber de confidencialidad respecto a los datos clínicos de la persona a la que se asiste. Los datos de salud son datos “sensibles” y especialmente protegidos (Ley de Protección de Datos de Carácter Personal) ya se recaben en el ámbito de lo laboral o en el de la patología común.

Por ello, una historia clínica única tendría que cumplir unos requisitos que garanticen la mejor asistencia para la persona y la mayor garantía para su derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos de salud. Una historia clínica “modular” podría solucionar este problema. Un trabajo adecuado de codificación y organización de la historia clínica única podría armonizar los datos para que su consulta redunde siempre en beneficio de la atención a la persona, contemplada de forma integrada, en lo que es y en lo que hace.

Es un tema que dejamos abierto al debate y sobre el que esperamos aportaciones.