



Suxestión á Consellería de Sanidade en relación ao dereito do facultativo á reserva das súas anotacións subxectivas na historia clínica dos doentes

Expediente: I.5.Q/2902/20

Santiago de Compostela, 2 de novembro de 2020

Sr.conselleiro:

Nesta institución iniciouse un expediente de queixa como consecuencia dun escrito relativo ao acceso por parte dun paciente do SERGAS á reserva de anotacións subxectivas da súa historia clínica.

ANTECEDENTES

Neste escrito, o doente esencialmente, indícanos que presentou durante moito tempo unha serie de síntomas que foron consultados por diferentes facultativos do SERGAS e ao seu xuízo erroneamente diagnosticados ata que finalmente se chegou ao diagnóstico dunha enfermidade con baixa prevalencia na sociedade. Refire que solicitou repetidas veces o seu historial clínico completo a fin de acreditar estes “erros de diagnóstico” así como as secuelas que padece a consecuencia da súa enfermidade sen éxito por non se dar traslado de tódalas anotacións presentes na historia clínica.

Ante iso requirimos informe á Consellería de Sanidade. No devandito informe indícase esencialmente que a información relativa aos cursos evolutivos solicitados polo reclamante non se teñen entregado porque esa información entra dentro da indicada no punto 3 do artigo 18 da Lei 41/2002, de 14 de Novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e dos dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, sendo parte das anotacións subxectivas.

Neste contexto, esta Valedoría solicitou novo informe no que se pedía explicitamente que “ se traslade a xustificación da reserva de anotacións subxectivas solicitadas polo promotor de

este expediente de queixa” a fin de facer constar a xustificación clínica da devandita reserva da anotacións subxectivas neste caso concreto.

No informe remitido por ese organismo indícase esencialmente que:

“Una vez recibida a solicitude de información adicional que nos facedes en relación á queixa presentada por D. [REDACTED] en concreto a xustificación da reserva das anotacións subxectivas, solicitouse dos responsables asistenciais e de documentación clínica da Área Sanitaria información sobre este caso para poder darlle resposta. Sen revelar o contido exacto das anotacións no caso que nos ocupa fannos chegar a xustificación dos motivos polo que consideran necesaria a dita reserva.

O coordinador de admisión, de quen depende a xestión documental das historias clínicas, indicamos que as anotacións subxectivas están consideradas dentro das boas prácticas e de acordo coa lex arxtis. Ademais considéranse de moita importancia para o seguimento da evolución da patoloxía de pacientes.

Os exemplos de anotacións subxectivas máis habituais son:

1. Reflectir por parte dos profesionais a sospeita dunha falta de veracidade na información que o paciente lles está a aportar "...creo que o paciente está mentindo..." ou "...na miña opinión está a finxir...".

2. As achegas de terceiros á historia clínica, que son elementos fundamentais para corroborar a información que facilitan os pacientes. Por exemplo: "...a esposa do paciente comenta por teléfono que paciente non está tomando a medicación durante a última semana e estivo moi agresivo con ela..."

En ambos casos é obvio o efecto negativo que pode ocasionar á confianza e boa relación médico-paciente o poñer en coñecemento dun enfermo estas partes da historia clínica. No segundo exemplo, ademais pode haber un risco de dano para unha terceira persoa.

Interesámonos tamén pola visión clínica deste caso. O xefe do servizo de psiquiatría solicítanos que se teña en conta que na súa especialidade as anotacións subxectivas referentes aos pacientes nos que se sospeita a existencia de determinados tipos de patoloxías é unha práctica habitual e necesaria para realizar a súa diagnose clínica e utilízanse con moita frecuencia nas historias clínicas.

Lémbraos que en Psiquiatría, por exemplo, non hai biomarcadores, nin probas específicas que dean validez externa á diagnose do profesional, polo que durante todo o curso clínico vanse incluíndo nos rexistros das historias clínicas descrições fenomenolóxicas, datos que presentan terceiras persoas, impresións e xuízos profesionais subxectivos. Finalmente, tras esta observación e grazas ao coñecemento que se foi adquirindo do paciente culmínase nun xuízo diagnóstico final e razoado, asimilable a algún dos códigos internacionais das clasificacións ao uso, que é o que se plasma nos informes clínicos que se lle entregan ao paciente.

Dada a propia natureza desta especialidade médica, o contido deste informe clínico final pode diferir notablemente dalgúns dos elementos recollidos durante o curso clínico, que malia iso non perden o seu valor como parte fundamental do proceso diagnóstico.

Tamén é habitual que o propio paciente psiquiátrico refira ao longo da súa evolución pensamentos e feitos "verídicos" que posteriormente pode non recoñecer, ou negar, unha vez estabilizado (pensemos en cadros maníacos, descompensacións psicóticas, etc).

Unha vez recollidas estas opinións e tendo en conta:

· O contemplado no apartado 3 do artigo 18 da Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.

· O contemplado no apartado 4 do artigo 19 da Lei 3/2001, de 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, modificada pola Lei 3/2005, de 7 de marzo.

E considerando que os profesionais consultados se reafirman en manter os elementos non aportados como anotacións subxectivas e exercer o seu dereito de reserva con respecto á entrega das mesmas ao paciente, desde esta Consellería consideramos que neste caso cómpre respaldar a solicitude de reserva que realizan os profesionais implicados e así volo transmitimos."

ANÁLISE

Á vista do contido do seu escrito de queixa, e do que se manifesta no informe da Administración, cómpre facer as seguintes consideracións:

En primeiro lugar resulta convinte definir a qué se refire o termo “anotacións subxectivas”, definición que atopamos no artigo 21.1 do Decreto 29/2009, de 5 Febreiro, polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica, modificado polo Decreto 164/2013 e o Decreto 168/2014, establecendo que tales anotacións se refiren a valoracións persoais, sustentadas ou non nos datos clínicos de que se dispoña nese momento, que non formando parte da historia clínica actual do doente ou usuario poidan influír no diagnóstico e futuro tratamento médico unha vez constatadas.

A regulación normativa de tales “ valoracións persoais” contéplase de xeito concordante tanto na lexislación sanitaria coma na Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais.

Polo que respecta á lexislación no ámbito sanitario atopamos referencias no devandito Decreto 29/2009, na Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica e na Lei 3/2001, de 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica modificada pola Lei 3/2005, de 7 de marzo. Así o artigo 18.3 da Lei 41/2002, básica reguladora da autonomía do paciente e o artigo 19.4 da Lei 3/2001, reguladora do consentimento informado e da historia clínica, converten a estas “anotacións subxectivas” nun límite infranqueable para o exercicio do dereito fundamental do paciente ao acceso á súa historia clínica, establecendo que o dereito de acceso do doente ao seu historial non pode exercitarse en perxuízo dos profesionais participantes na súa elaboración os que poden opoñer a este dereito de acceso o dereito á reserva das súas anotacións subxectivas.

Estamos sen dúbida ante unha regulación normativa que enfrente dous dereitos claramente definidos, por un lado o dereito do paciente a coñecer os datos relativos á súa historia clínica e en último termo ao seu estado de saúde e por outro o dereito dos profesionais sanitarios a establecer un ámbito de información exclusivo reservado ao coñecemento do enfermo. O único límite legal que esta Valedoría puido constatar a este dereito do sanitario refléxase no artigo 21.1 do Decreto 29/2009, cando establece que o persoal sanitario deberá absterse de incluír expresións, comentarios ou datos que non teñan relación coa asistencia sanitaria do paciente ou que carezan de valor sanitario, non obstante e posto que no momento actual non existe ningún mecanismo de supervisión das devanditas “anotacións subxectivas” resulta moi difícil garantir que este límite sexa respectado en tódolos casos.

CONCLUSIÓN

Por todo o sinalado ata agora, e tendo presente que estamos ante una situación de conflito entre o dereito do paciente a obter o seu historial clínico e o dereito do sanitario á reserva das súas anotacións subxectivas, ambos dereitos con cobertura legal , esta institución debe

concluir que carece de competencias para establecer unha ponderación e dirimir cal dos dous dereitos debe prevalecer. Non obstante, consideramos axeitado que se valore a procedencia de establecer algún mecanismo de revisión das “anotacións subxectivas” para poder garantir que se axustan ao espírito da normativa vixente en tódolos casos.

Por todo o sinalado ata agora considerase necesario, en aplicación do disposto no artigo 32.1 da Lei 6/1984, do 5 de xuño, da Valedora do Pobo, facer chegar a esa consellería a seguinte suxestión:

Suxestión:

“Sería aconsellable que se valorase a procedencia de establecer algún mecanismo de revisión, alleo ao profesional que elabora a “anotación subxectiva”, e de ser o caso se establecese un procedemento para a supresión temporal ou a supresión definitiva da devandita anotación”.

Agradézolle de antemán a acollida ao manifestado nesta resolución da Valedora do Pobo, e recórdolle a necesidade de que no prazo dun mes (art. 32.2), dea conta a esta Institución da aceptación da recomendación formulada, de ser o caso, e das medidas adoptadas para darlle efectividade, tamén se é o caso.

Ademais, facémolle saber que, en aplicación do principio de transparencia, a partir da semana seguinte á data na que se ditou a presente resolución, esta incluírase na páxina web da institución.

Debo lembrarlle tamén que, ao abeiro da lei reguladora desta Valedoría, o seu artigo 33 prevé que, se formuladas as súas recomendacións, non obtivese resposta ou, nun prazo razoable, non se producise unha medida adecuada ao suxerido, a Valedora do Pobo poderá poñer os antecedentes do escrito e as recomendacións efectuadas en coñecemento do conselleiro do departamento afectado ou da máxima autoridade da Administración pública galega.

Se tampouco obtivese unha xustificación adecuada, incluírá tal asunto no seu informe anual ou especial con mención dos nomes das autoridades ou funcionarios que persistan naquela actitude, especialmente nos casos en que, considerando a Valedora do Pobo que era posible unha solución positiva, esta non se conseguise.

O principio de publicidade das resolucións desta institución refórzase no artigo 37 da Lei 6/1984, cando prevé que a Valedora do Pobo, no seu informe anual ao Parlamento de

Galicia, dará conta do número e tipos de queixa presentadas; daquelas que foron rexeitadas e as súas causas, así como das que foron obxecto de investigación e o seu resultado, con especificación das suxestións ou recomendacións admitidas pola Administración pública galega.

Saúdoo atentamente.

María Dolores Fernández Galiño
Valedora do Pobo