

Document de criteris i recomanacions sobre el dret dels professionals a exercir la reserva de les anotacions subjectives a la història clínica

I. Conceptes bàsics sobre la història clínica?¹

1. **Què és?** El conjunt de documents relatius al procés assistencial de cada malalt.
2. **Contingut.** La informació que es consideri transcendental per al coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut del pacient.
3. **Finalitat.** Facilitar l'assistència sanitària, deixant constància de totes les dades que, a criteri del professional assistencial, permeten el coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut del pacient.

II. Dret de reserva de les anotacions subjectives

El dret d'accés a la història clínica és un dret legalment reconegut al pacient; la norma preveu una sèrie de **limitacions en el seu exercici**, com ara la **reserva dels professionals de les anotacions subjectives**. Aquest dret dels professionals té una sèrie de característiques:

1. **Només és invocable davant la voluntat del pacient d'accedir a l'HC.** Per tant, la resta de professionals assistencials implicats en el diagnòstic o seguiment del pacient, així com les autoritats judicials o sanitàries quan demanem una còpia de l'HC, no es veuen limitats per aquest dret dels professionals.
2. **És un dret del professional**, no del centre, ni del servei o departament. La norma no distingeix entre professionals, només demana que hagin intervingut en l'elaboració de l'HC.
3. **Actua com a límit a un dret del pacient** i, per tant, s'ha d'exercir de manera restrictiva, referit a anotacions concretes i de manera motivada, deixant constància del seu exercici.
4. **Als centres, en qualitat de responsables de la custòdia de l'HC**, els pertoca habilitar les condicions per permetre un acurat exercici d'aquest dret. Al centre li pertoca establir mecanismes per comunicar/informar els professionals de l'existència del dret d'accés del pacient a la seva HC i permetre que revisin les seves anotacions per valorar l'exercici d'aquest dret.

III. Què són, però, les anotacions subjectives?

A. Aportacions normatives i doctrinals

Tant determinades normes rectores de l'HC en algunes comunitats autònomes², com la

¹ A partir del que preveu la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica i la Ley 41/2002, de 14 de novembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²Extremadura: Llei 3/2005, de 8 de juliol, d'informació sanitària i autonomia del pacient. Galícia: Decret 29/2009, de 5 de febrer, pel qual es regula l'ús i accés a la història clínica electrònica. Navarra: Llei Foral 17/2010, de 8 de novembre, de drets i deures de les persones en matèria de salut a la Comunitat Foral. Castella-la Mancha: Decret 24/2011, de 12 d'abril, de la documentació sanitària. País Basc: Decret 38/2012, 13 de març, sobre història clínica i drets i obligacions de pacients i professionals de la salut em matèria de documentació clínica.

regulació sobre el contingut mínim dels informes clínics al SNS³, han provat d'abordar un intent de definició del concepte "anotacions subjectives", però sovint s'usen termes contradictoris i en alguns casos en lloc de definir-los es tracta sobre la justificació de la seva existència.

D'altra banda la doctrina en el camp de la **bioètica** sosté, no sense raó, que estem davant d'un **concepte caduc** que no té raó de ser, i que bona part dels conflictes que poden justificar-ne l'existència tenen solució a partir d'altres figures jurídiques recollides a la normativa reguladora de l'autonomia del pacient.

Sigui com sigui, s'ha de considerar que des de la posició del **ciutadà** sovint resulta difícil la justificació d'aquest tipus d'anotacions, i especialment greu és fer-ne un ús excessiu en temps que la transparència és un valor socialment inexcusable i jurídicament reforçat (pensem en la normativa reguladora de protecció de dades o en la normativa de transparència com a elements de toc d'una societat moderna i participativa).

B. Definició de criteris

No podem, per tant, menystenir la profunditat del debat que fa que a hores d'ara no s'hagi assolit una definició més consensuada. Per tant, la Comissió aposta per **definir criteris** que permetin identificar si som o no davant d'aquest tipus d'anotacions.

1. **Es tracta d'anotacions rellevants** per ajudar a garantir una assistència adequada, ni que sigui indirectament. Altrament no hi hauria cap raó que en justifiqui el registre a l'HC i per extensió el tractament com a dades personals que són.
2. **Han d'estar a l'abast de qualsevol professional** implicat en el diagnòstic i tractament del pacient, ja que aquest és l'ús que el legislador dona a les dades contingudes a l'HC.
3. **Tot i la diversitat de casuística**, per poder parlar d'anotacions subjectives han de complir les condicions següents:
 - a. **Sempre** obeeixen a percepcions dels professionals que no tenen una base fàctica o objectivable en la pròpia HC⁴.
 - b. **En alguns casos:**
 - 1) es tracta d'informació que, si es verifica, pot afectar el diagnòstic o el tractament, i en general, les decisions clíniques que adoptin els professionals. (Tot i així, aquesta verificació no forma part de la pràctica clínica, sinó estaríem davant d'una sospita diagnòstica, per posar un exemple);
 - 2) es tracta d'informació que pot ajudar en el maneig del pacient o del seu entorn, o la situació de salut que s'aborda;

³ RD 1093/2010 de 3 de setembre, pel que s'aprova el conjunt mínim de dades dels informes clínics en el Sistema Nacional de Salut

⁴ Base fàctica o objectivable: resultats de proves diagnòstiques o exploracions complementàries, informació facilitada pel pacient, diagnòstics, tractaments, i qualsevol altra informació recollida a l'HC, llevat del les pròpies anotacions subjectives.

- 3) es pot tractar de consideracions ètiques relacionades amb la situació de salut i/o el context del pacient.
- c. **Mai:**
 - 1) no s'han d'usar com a alternativa o *variant* de situacions d'estat de necessitat terapèutic⁵;
 - 2) no han de ser-ho pel fet que el professional consideri que desagradarà al pacient o el disgustarà conèixer-la;
 - 3) no han de contenir hipòtesis clíniques encara no confirmades (impressions clíniques, orientacions diagnòstiques, diagnòstic de presumpció, etc.)
- d. **Poden deixar de ser subjectives**, especialment en el cas de l'apartat b 1); per contra, no hi ha cap raó que justifiqui un procés invers.

C. Alguns exemples

1. Exemples de **què s'entén** per *anotació subjectiva*:
 - a. Sospites d'incompliments terapèutics.
 - b. Sospites de tractaments no declarats.
 - c. Sospites d'hàbits no reconeguts.
 - d. Sospita que els símptomes referits son incerts o exagerats, que el pacient no diu la veritat o que busca un benefici no lícit (prestació pública, baixa laboral, etc.)
 - e. Comportaments insòlits o hàbits socials poc habituals que poden dificultar la relació amb els professionals.
 - f. Actituds o comportaments de l'entorn del pacient que dificulten la relació entre el professional assistencial i el pacient.
2. Exemples del **que no s'entén** per *anotació subjectiva*:
 - a. Avisos que diuen que es posposa donar informació al malalt sobre el seu diagnòstic per evitar incrementar la seva angoixa.⁶
 - b. Sospita de maltractaments.
 - c. Resum o indicacions que puguin facilitar a un altre facultatiu la lectura de la història quan aquesta és complexa.
 - d. Determinades especialitats corren el risc de recórrer en excés a aquesta figura (per la tendència a considerar que només és *objectiu* allò que és basa en dades numèriques, en gràfiques o en imatges diagnòstiques). Aquest risc és singularment rellevant en àmbits com el de la salut mental.
 - e. Tampoc no s'ha de recórrer al concepte d'anotació subjectiva quan es pretén, a través del seu règim de reserva, abordar altres situacions que ja tenen eines regulades per la llei, com per exemple:
 - l'estat de necessitat terapèutic i
 - el lliurament de dades de tercers o facilitades per tercers.

⁵ Article 5.4 de la Llei 41/2002

⁶ Precisament l'estat de necessitat terapèutic preveu que la decisió ha d'estar motivada i plenament documentada a l'HC.

IV. Maneig de les anotacions subjectives en l'HC del centre i en l'HC3

A. Maneig als centres

1. **Registre.** És una **bona pràctica** establir mecanismes per diferenciar clarament les anotacions subjectives; mecanismes que permetin **distingir-les** i que obliguin a **identificar-les com a tals** en el moment de fer-les. Això aporta diversos guanys en la gestió i el maneig d'aquesta mena d'anotacions:
 - a) Obliga el professional a reflexionar sobre la conveniència i la característica de l'anotació en el moment que l'efectua.
 - b) Permet agrupar-les, facilitant l'exercici del dret de reserva per part dels professionals.
 - c) Permet que els centres garanteixin l'exercici del dret i fer tasques de verificació (referides al proper apartat).

Per contra, **no és una bona pràctica** anomenar el conjunt d'anotacions subjectives amb denominacions que usin l'expressió "curs clínic" (per exemple "*curs clínic subjectiu*"), ja que no es pot induir a creure o pensar que existeixen dos cursos clínics.

També **és una bona pràctica** que les anotacions subjectives **no es puguin modificar** (no han de tenir un tracte diferent que la resta de dades de la història clínica; altrament en banalitzarem l'ús).

2. **Verificació.** També es considera una **bona pràctica** que els centres implementin **mecanismes de verificació interna** per garantir una correcta utilització de les anotacions subjectives per part dels professionals (es recomana que aquesta funció la lideri el comitè d'ètica assistencial). No es tracta d'accions de fiscalització sinó, a través de mostres aleatòries, fer tasca de sensibilització i conscienciació del seu ús correcte i orientar-ne les accions formatives i de comunicació.
3. **Formació.** És **molt necessari** fer **accions formatives** adreçades als professionals assistencials perquè les anotacions a les històries clíniques es facin amb correcció i per evitar-ne l'ús indegut, ja que el recurs a aquesta figura ha de ser sense cap mena de dubte, **excepcional**. Cal recordar que el **dret a la documentació clínica** forma part de la cartera de drets relacionats amb l'autonomia del pacient, i el seu incompliment és una mala praxi que dona peu a responsabilitat professional.

Per tant, la formació és essencial, no només en termes de dret a la documentació clínica i el seu abast, sinó també per complimentar l'HC, la metodologia a seguir, i pel que fa a l'objecte d'aquest document, per abordar la finalitat de les notacions subjectives i la seva utilització correcta.

B. Maneig a l'HC3 i La Meva Salut

1. **HC3.** D'acord amb la naturalesa d'aquestes anotacions, han d'estar disponibles a l'HC3, però de forma que siguin perfectament identificables. L'HC3 es troba subjecte a les garanties i limitacions al seu accés derivades de la normativa de protecció de dades, que actuen com a garantia suficient per a un bon ús d'aquesta informació.
2. **La Meva Salut.** També per la seva naturalesa, no han de ser accessibles per al pacient a través del portal La Meva Salut. Permetre-ho implicaria deixar el dret de reserva dels professionals sense efecte ni contingut.

V. Bibliografia

- a. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
- b. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- c. Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 relatiu a la protecció de les persones físiques en allò que respecta al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel que es deroga la Directiva 95/46/CE.
- d. Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals.
- e. Llei 3/2005, de 8 de juliol, d'informació sanitària i autonomia del pacient (CA d'Extremadura)
- f. Decret 29/2009, de 5 de febrer, pel qual es regula l'ús i accés a la història clínica electrònica (CA de Galícia)
- g. Llei Foral 17/2010, de 8 de novembre, de drets i deures de les persones en matèria de salut a la Comunitat Foral de Navarra.
- h. Decret 24/2011, de 12/04/2011, de la documentació sanitària a Castella-la Mancha.
- i. Decret 38/2012, de 13 de març, sobre història clínica i drets i obligacions de pacients i professionals de la salut em matèria de documentació clínica (CA del País Basc).
- j. Reial Decret 1093/2010 de 3 de setembre, pel qual s'aprova el conjunt mínim de dades dels informes clínics en el Sistema Nacional de Salut.
- k. Hernando, Pablo; Seoane, José Antonio; de Asís, José Francisco. La reserva de las anotaciones subjetivas: ¿derecho o privilegio? Revista de Calidad Asistencial. 2006, gener; vol. 21: 31-38.
- l. Consideracions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre l'accés a la història clínica. Disponible a http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/consideracions_acces_historia_clinica.pdf

- m. Autoritat Catalana de Protecció de Dades. Resolucions Procediments de Tutela 14/2011, 64/2011, 54/2012, 71/2013, 9/2015 i 57/2015.
- n. Agencia Española de Protección de Datos. Resolució R/00633/2004.

Josep M Bosch
15 de febrer de 2019