



POR LEY

ECOS Y COMENTARIOS

Ricardo de Lorenzo

DEFINICIONES Y "ANOTACIONES SUBJETIVAS"

La comunidad autónoma de Galicia, en función de la competencias que le otorga en su art. 33.1º su Estatuto de autonomía, acaba de regular el uso y acceso a la historia clínica electrónica, mediante el Decreto 29/2009, de 5 de febrero incluyendo en su art. 21 una nueva definición de "anotación subjetiva":

"[...] se entiende por anotaciones subjetivas las valoraciones personales, sustentadas o no en los datos clínicos de que se disponga en ese momento, que no formando parte de la historia clínica actual del/de la paciente o usuario/a, puedan influir en el diagnóstico y futuro tratamiento médico una vez constatadas.



El personal sanitario deberá abstenerse de incluir expresiones, comentarios o datos que no tengan relación con la asistencia sanitaria del/de la paciente o que carezcan de valor sanitario".

Esta definición se une a la Ley de la C.A. de Extremadura 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, que incluía la siguiente definición.

"[...] A los efectos de lo dispuesto en esta Ley y en sus disposiciones de desarrollo, se entenderán por anotaciones subjetivas las impresiones de los profesionales sanitarios, basadas en la exclusiva percepción de aquellos, y que, en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que puedan tener la consideración de un diagnóstico.



Según el artículo 18. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, el acceso del paciente a su historia clínica tiene dos límites. El primero, el derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en el documento y que se hubieran recogido en interés terapéutico del enfermo. En segundo término, el derecho de los profesionales que han participado en la elaboración del historial, de retirar sus anotaciones subjetivas.

Ante estas definiciones sobre anotaciones subjetivas, lo normal sería entender que, entonces se debería evitar plasmar dichas anotaciones en la Historia Clínica del paciente. No obstante hay que reseñar que muchas veces estas impresiones subjetivas son de capital importancia y se contemplan como fase tentativa para

establecer un diagnóstico o fijar un tratamiento final.

Es por eso que no deben considerarse las anotaciones subjetivas como carentes de relevancia para el conocimiento veraz del estado de salud del paciente, pues contienen impresiones de los profesionales que se sustentan en un conjunto de informaciones sobre el cuadro clínico del paciente, algunas de las cuales tienen su apoyo en datos objetivos, razón ésta que hacen que las anotaciones subjetivas se puedan encuadrar en muchos casos dentro de la propia definición de historia clínica de la Ley de Autonomía de los Pacientes cuando establece que son "[...]el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial".

El conflicto se planteará cuando se retiren las hojas de evolución al entregar la historia al paciente, por su habitual contenido de anotaciones subjetivas.

La Agencia Española de Protección de Datos ha resuelto (Resolución N^o: R/00611/2008 de la AEPD de 2 de junio de 2008, dictada en el Procedimiento N: TD/00068/2008), que la información contenida en las hojas de evolución forman parte de la documentación mínima que ha de conformar una historia clínica de conformidad con la Ley 41/2002 y que dicha documentación no se puede considerar anotaciones subjetivas, ahora bien expresa que en caso de que en la documentación aparezcan anotaciones subjetivas se procederá a la entrega de la documentación sin que aparezcan en ella tales observaciones.

Lo que conlleva a su vez a aconsejar a los profesionales sanitarios que pongan especial atención en delimitar claramente los aspectos subjetivos, derivados de apreciaciones meramente personales, del resto de la información obrante en la historia clínica del paciente.