



EDITORIAL

La nueva ley de autonomía del paciente y la ética en su aplicación práctica a la historia clínica

Rogelio Altisent

El próximo mes de mayo entrará en vigor una nueva ley en todo el Estado español que tendrá repercusiones importantes en la asistencia sanitaria. Se trata de una normativa coherente con el espíritu de la Ley General de Sanidad de 1986 a la que completa y también corrige en algún aspecto reiteradamente criticado como la mención al derecho del paciente y sus allegados a recibir *información completa y continuada por escrito*.

El profesional sanitario que desarrolla una actividad asistencial encontrará en la nueva ley respuestas a algunas cuestiones conflictivas. Entre ellas señalaremos ahora el acceso a la historia clínica por parte del paciente. Se reconoce su derecho de acceso a la información que contiene su documentación clínica, con dos excepciones muy bien perfiladas: 1) la información que atañe a terceras personas; y 2) las observaciones subjetivas que el profesional desea mantener reservadas. Esta norma expresa y resuelve una cuestión ética ya muy trillada en el campo académico de la bioética. La autonomía de la persona fundamenta el derecho a disponer de la información de su historia clínica, pero este derecho tiene unos límites que vienen definidos por el derecho a la confidencialidad de otras personas que de algún modo han podido aportar datos, o del propio autor de la historia clínica, que desea mantener reservadas algunas de sus observaciones escritas, en la medida que –claro está- se hayan generado por el bien del paciente.

Como siempre, los profesionales sanitarios nos encontramos ante la tentación legalista: una aplicación desalmada de esta ley – esto es, con una interpretación sin alma de la norma, prescindiendo de su espíritu- nos conduciría a elaborar unas historias clínicas empobrecidas intelectual y humanamente, llevados por una instintiva tendencia a evitar complicaciones ante un eventual acceso de los pacientes. Esto podría suponer la muerte lenta de la historia clínica tradicional que acabaría siendo una compilación de datos analíticos y de resultados cuantitativos (cifras de tensión arterial, informes de pruebas complementarias, etc.) sin el matiz de la descripción, del relato y la interpretación de lo



que acontece con la salud de aquel paciente que se acerca confiado a su médico o a su enfermera.

La historia clínica como narración llevó a Laín Entralgo a escribir su tratado memorable¹, que deberemos releer. En ella nos encontramos ante un documento escrito que abre los caminos del diagnóstico diferencial, de las posibilidades terapéuticas y de los planes para el cuidado de la salud de nuestros pacientes, cuyas opiniones, actitudes y preferencias deberán quedar reflejadas en lo que también debe ser un relato deliberativo.

Tomar en serio la naturaleza narrativa de la historia clínica es muy necesario en atención primaria donde los síntomas mal definidos y la incertidumbre diagnóstica son tan frecuentes en el contexto del malestar psicosocial, y donde la familia tiene tanto que aportar. El riesgo de que la historia clínica deje de ser una auténtica historia es mayor, si cabe, cuando se añade la masificación asistencial: ¡como para hacer literatura!

Dejemos que las leyes cumplan su misión, la de garantizar una convivencia pacífica donde se respeten los derechos fundamentales y los conflictos de intereses se resuelvan con justicia; pero sin perder la orientación que en la medicina nos deben señalar la ética y la deontología. Tenemos el derecho y el deber de hacer unas historias clínicas de calidad, por el bien del paciente, por sus derechos; por un futuro de dignidad y excelencia en las profesiones sanitarias.

¹ Laín Entralgo, Pedro. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico.* 3ª edición (facsímil de la 1ª de 1950). Madrid: Tricastela, 1998.