

Nota de la Comisión Central de Deontología
del
Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
sobre
Ética de las auditorias de historias clínicas

Madrid, 1 de abril de 2006

El pasado mes de enero de 2006 se hizo pública una polémica al conocerse la auditoria de historias clínicas encargada por la Generalitat de Catalunya para evaluar el uso de la lengua catalana en su elaboración. El estudio fue realizado en 2003, a partir de una muestra de 846 historias clínicas en nueve hospitales, a través de una empresa privada especializada. Con este motivo se han sucedido declaraciones y valoraciones, de diferente signo, por parte de miembros destacados de diferentes ámbitos de la Organización Médica Colegial española. Por otro lado, también se ha hecho pública la opinión de juristas, generalmente críticos hacia esta auditoria, cuya legalidad ha defendido la autoridad sanitaria catalana. Todas estas opiniones cualificadas han generado numerosos escritos y comentarios en los medios de comunicación por parte de médicos y de ciudadanos, en su calidad de usuarios de la sanidad, donde se han efectuado críticas hacia opiniones erróneamente atribuidas a la Comisión Central de Deontología (CCD) del Consejo General de Colegios de Médicos de España, que de hecho no ha realizado declaraciones oficiales. Es ahora, tras la deliberación realizada en la reciente reunión ordinaria de la CCD, y ya fuera de la primera confrontación de opiniones, cuando se desea hacer públicas una serie de consideraciones ante el debate generado por este caso, con la intención de aportar elementos de reflexión y propuestas constructivas de cara al futuro.

1. Más allá de la valoración legal que puede merecer una auditoria, algo que en caso de conflicto los órganos competentes deberán determinar, la profesión médica y sus órganos colegiales aspiran a un nivel de mayor exigencia deontológica, con el compromiso ante la sociedad y los ciudadanos de velar por la promoción de la confidencialidad y el respeto a la intimidad.

2. La historia clínica es el documento fundamental de la relación médico-paciente que contiene los relatos e informaciones personales del paciente que el médico considera relevantes registrar para su atención sanitaria. El médico tiene el deber y el derecho de elaborar la historia clínica, cuya función principal y razón de existir siempre será la asistencia médica.

3. La elaboración de la historia clínica requiere el acceso a esferas personales de la intimidad del paciente con su consentimiento. El registro de datos sensibles es consentido en la confianza de que el médico guarda el secreto y la confidencialidad de todo aquello que conoce en el ejercicio de la medicina, lo cual constituye una obligación profesional fundamental.

4. El trabajo en equipo y en instituciones puede hacer necesario que varios profesionales participen en la elaboración de la historia clínica de un paciente; sin embargo el acceso a su contenido será, siempre y sólo, por razones de necesidad asistencial. Es decir, el hecho de ser médico o de trabajar en una institución sanitaria no confiere por si mismo el derecho a conocer información confidencial de un paciente. Por otro lado, es importante recordar que todos los miembros de un equipo comparten este importante deber de secreto profesional con la misma intensidad, sea cual fuere el grado de participación en el proceso asistencial.

5. La deontología médica establece tan solo dos posibles excepciones al deber de secreto médico: la evitación de graves daños al pro-

pio paciente o a terceras personas, a lo cual se añadiría el imperativo legal. Por tanto, para acceder a información de las historias clínicas para la realización de investigación médica en sentido clásico, actualmente no hay duda de que se requiere el adecuado consentimiento del paciente.

6. En relación con la justificación del acceso a historias clínicas para realizar auditorias sobre calidad asistencial es conveniente analizar cada caso para aclarar si realmente forman parte del proceso asistencial. No siempre es sencillo determinar si un estudio realizado a partir de la información obtenida de historias clínicas constituye una investigación en sentido clásico o se puede definir como un estudio de calidad incluido dentro de los modernos procesos asistenciales, cuyos beneficios para la salud de los pacientes individuales son actualmente incuestionables y para los cuales se presume un consentimiento implícito.

7. Una auditoria de calidad asistencial debe tener unos objetivos muy bien definidos, a partir de los cuales se debe realizar una valoración de los medios necesarios para su logro. Esta valoración exige alcanzar un adecuado equilibrio entre la necesidad de acceder a información confidencial y el beneficio asistencial de la información que aporta la auditoria. Por ejemplo, se debe reflexionar si una información se puede obtener sin necesidad de acceder a los archivos de historias clínicas. Cuando la auditoria directa de historias se considera necesaria hay que establecer el modo más seguro para hacer anónimos los datos clínicos recolectados desde el primer momento de la extracción. Este proceso debe estar dirigido y supervisado por médicos debidamente autorizados.

8. La valoración de la pertinencia de una auditoria de calidad, que requiere el acceso al contenido de historias clínicas, debería realizarla una comisión independiente, de manera análoga a cómo se supervisan los proyectos de investigación por parte de los Comités de Ética de Investigación Clínica. Los ciudadanos deberán participar y tener ac-

ceso a la información e informes de los órganos y comités que toman estas decisiones. La transparencia y la participación de los pacientes ayudaría a preservar la confianza social en que la atención médica se realiza bajo una severa exigencia de confidencialidad por parte de los médicos y sus colegios profesionales.

9. La Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) no puede entrar a analizar el caso planteado por las auditorias del contenido lingüístico de historias clínicas en Cataluña, pues la configuración territorial de la OMC establece que las cuestiones sean valoradas por los órganos colegiales correspondientes. Sin embargo, la trascendencia y repercusiones sociales de este debate aconseja profundizar en el estudio de la legitimidad de las auditorias de historias clínicas, fuera del caso particular, elaborando recomendaciones que refuerzan la confianza social en la confidencialidad de la historia clínica y en la seguridad de su custodia.