



El color de mi cristal



Rafel Guayta-Escolies

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Director de Proyectos e Investigación del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya. Miembro de la Comisión Técnica en Materia de Documentación Clínica de la Agència de Qualitat i Evaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS)

rguayta@ccfc.cat @

“**Conocer y compartir información entre niveles comporta una mayor efectividad de las intervenciones, una mayor idoneidad y una mayor eficiencia**”

Una decisión estratégica e imprescindible

No puedo más que empezar esta reflexión tomando como eje la propia definición de historia clínica compartida: «Conjunto de información relevante sobre la situación y evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial».

Analicemos detenidamente cada uno de sus párrafos.

¿Cuál es la información relevante? Diferentes expertos la definen como la que es pertinente para conocer los hechos (relevancia referencial) y la que afecta a la práctica o al desempeño de la actuación profesional (relevancia pragmática). Identifica problemas activos, define objetivos, decisiones y actuaciones respecto al paciente.

Llegaríamos, pues, a la primera conclusión lógica: todo aquel que ejerza responsabilidades en la cogestión de un proceso debiera tenerla. ¿Y quién ejerce responsabilidades en un proceso? La respuesta a mi parecer también es sencilla: todo aquel que deba tomar decisiones en un contexto de atención compartida; es decir, aquellos que forman parte del sistema sanitario integral de utilización pública.

Bien, defíneme proceso o ruta asistencial, me dirán. Es una herramienta de calidad dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión de los servicios. Detalla el itinerario de los pacientes y el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial frente a un problema.

Entonces, la pregunta deviene obligada. ¿Todo aquel que en un determinado *milestone* de un proceso asistencial toma decisiones, realiza tareas o lleva a cabo determinadas actuaciones en la solución de una necesidad de salud, participa en dicho proceso? Una respuesta afirmativa lleva implícita la necesidad de disponer de esa información relevante para llevar a cabo su responsabilidad en ese proceso, ¿no?

Tratemos finalmente la información referida a la situación y evolución del paciente. La que nos permita detectar: ¿qué necesidades experimenta nuestro paciente?, ¿cuáles son los objetivos terapéuticos propuestos?, ¿su proceso está bajo control?, ¿su grado de adherencia y cumplimiento terapéutico es idóneo?, ¿qué problemas han surgido?, ¿qué evolución se prevé? La respuesta sigue siendo obvia. Si un profesional debe desarrollar actividades en pro de mejorar, controlar o medir la evolución de un proceso, debe poder seguirlo, analizarlo y compartir información con los otros agentes involucrados.

Si, como recomiendan los documentos estratégicos existentes y la evidencia científica disponible, el farmacéutico comunitario debe considerarse como un profesional sanitario involucrado en dichas rutas asistenciales, no podemos por menos que aceptar que debe tener acceso a esa información relevante en pro del paciente. Conocer y compartir información entre niveles comporta una mayor efectividad de las intervenciones, una mayor idoneidad y una mayor eficiencia de la provisión de éstas. Cegar uno de los engranajes del proceso no puede significar más que una menor calidad asistencial.

Por tanto, considero del todo legítimo, siempre respetando la protección de datos, el acceso a la historia clínica compartida de todos aquellos que participen en la atención compartida. Y no por un criterio de igualdad corporativa, sino en base a objetivos estratégicos de salud.

Se dice que «quien domina la información, domina la reunión», pero lo que no explica nadie es que quien no comparte dicha información se queda solo en su decisión, y sus objetivos no son ni comprendidos ni asumidos.

Felicito a aquellos que con mentalidad abierta han incorporado ya a los trabajadores sociales en este escenario. Ojalá los farmacéuticos comunitarios no deban seguir esperando. ●

No hay cama pa' tanta gente

La historia clínica es el registro en el que se plasma el devenir del paciente en el mundo sanitario. Dadas sus características, ha pasado de ser un instrumento meramente profesional a ser la parte fundamental de los sistemas de información y el lugar en que se recogen los deberes éticos y legales de los profesionales sanitarios e instituciones públicas.

Con los nuevos avances tecnológicos, a la historia clínica se le han añadido cualidades, en mi opinión impostadas, que añaden nuevas funciones pero también nuevos inconvenientes. Ésas son la unicidad y la ubicuidad. Parece que ahora la historia debe ser única y omnipresente, de tal forma que pueda ser accesible a la mayor cantidad de personas posible. No debemos olvidar que estas dos condiciones son sobrevenidas por los avances tecnológicos, y que a nadie se le habría ocurrido reivindicarlas en los tiempos en que la historia clínica se conformó como herramienta del quehacer médico.

Desde la intuición, sobre todo profana, es difícil no estar de acuerdo cuando alguien enumera las ventajas de que los datos sobre salud estén disponibles, en un único documento y desde cualquier sitio. Pero tras el relumbramiento tecnológico que realiza de forma fácil lo que antes era difícil está la reflexión. Ésta nos dice que esos ejemplos de medicina de teleserie no son más que eso: cancamusa para vender un producto o una ideología centralizadora. A nadie se le escapa el escaso interés que pueda tener para un médico de familia o un farmacéutico comunitario la presión parcial de oxígeno de un paciente durante su estancia en la UCI del hospital, o el poco entusiasmo que despierta en el médico de urgencias conocer las condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelve ese mismo paciente.

Una historia clínica abierta y accesible presenta más inconvenientes que el del simple exceso de información y los problemas para

manejarla. El primero es el de la confidencialidad. Cuantos más actores intervengan, mayor es la posibilidad de fugas indeseadas de información. Cuanto más unificados estén los datos, más fácil será obtenerlos y utilizarlos con objetivos espurios. No es por casualidad que lo primero que se hace en un hospital cuando ingresa un personaje relevante o famoso es cerrar el acceso a sus datos clínicos, quedando limitado a las pocas personas que le prestan asistencia directa. Lo segundo que pasa es que se multiplican los intentos de acceso de personal del propio hospital a la historia clínica de este personaje para «curiosar». Denota el insignificante valor que damos al derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos. Nada hace sospechar que los farmacéuticos sean distintos en este aspecto del resto de profesionales.

Pero es que, además, la historia clínica, al contrario de lo que muchos piensan, no es un documento neutro compuesto de datos objetivos. Más bien al contrario, es un instrumento de trabajo reflejo de una idiosincrasia e ideología profesional que puede dar lugar a equívocos y malas interpretaciones.

Los datos, debidamente «anonimizados», deben emplearse como base de los sistemas de información administrativa, en auditoría, calidad asistencial, seguridad del paciente, y como material de estudio e investigación. Pero no estamos hablando de eso: lo que se pretende es una megahistoria clínica ubicua y a la que puedan acceder profesionales de diferentes niveles, pertenecientes a organizaciones muy distintas; y acceder a ella incluso con una utilidad no definida, objetivos imprecisos y controles poco delimitados. Si esto es así, no creo que ningún farmacéutico pueda estar de acuerdo, aunque sólo sea porque todos somos susceptibles de ser pacientes. No creo que las ventajas teóricas superen los inconvenientes del acceso indiscriminado a nuestra historia clínica. No hay cama pa' tanta gente. ●



**Rafael
Bravo
Toledo**

Médico. Centro de salud
Linneo. Madrid

@ rafabravo@gmail.com

«La historia clínica, al contrario de lo que muchos piensan, no es un documento neutro compuesto de datos objetivos»



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

historiaclinica