

La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos

Virtudes de la Prieta Miralles

Letrada jefa de la Asesoría Jurídica

Consejería de Sanidad y Bienestar Social
de la Junta de Castilla y León

Valladolid (España)

1. Planteamiento

La historia clínica es la narración escrita, en soporte de papel o informático, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, tanto personales como familiares, que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud. Resume la herencia y hábitos de un ser humano; su constitución, fisiología y psicología; su ambiente y, siempre que sea posible, la etiología y evolución de la enfermedad.

No es un simple relato, la descripción de una enfermedad aislada; comprende las consideraciones del médico, de gran trascendencia en el aspecto jurídico, como más adelante se analizará. Tiene un gran valor para el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y la epidemiología, aparte de documentar la habilidad y conocimientos del médico que la realiza.

Según Delfor Podestá,¹ una historia clínica debe reunir ciertas condiciones fundamentales; ha de ser:

- a) Clara y precisa. Actualmente, no es utilizada sólo por el médico que la elabora, sino que ha de servir a otros profesionales sanitarios que desempeñan su actividad en cualquier institución sanitaria y pueden tener acceso a ella.
- b) Completa y metódicamente realizada. Es necesario seguir un plan en el examen de los enfermos. La mayoría de los errores diagnósticos no derivan de la ignorancia, sino de lo apresurado de una actuación.
- c) Realizada de manera sistemática, sin caer en una abstracción que impida ver la realidad. A estos elementos añadiríamos uno que la prác-

tica de la medicina actual exige: el consentimiento informado del paciente.

2. Antecedentes

Si obviamos épocas anteriores, se puede decir que de Hipócrates son las primeras historias clínicas conocidas. Nacido 460 años antes de Cristo, se le considera el padre de la medicina. Las historias clínicas hipocráticas, o catástasis, consideraban la totalidad del hombre, su ambiente y época de la vida. Hipócrates dio importancia a la anamnesis y la observación, y practicó la percusión y la auscultación inmediata. Aconsejaba interrogar al enfermo sobre la naturaleza y duración de sus sufrimientos, sobre el funcionamiento del intestino y sobre la dieta que seguía. Inició el método racional de la descripción cuidadosa de los síntomas y manifestaciones obtenidas directamente del enfermo y creó la historia clínica.

Posteriormente, Galeno se ocupó sobre todo de la nosología, con un criterio netamente tipificador, en oposición al carácter individualista de la medicina hipocrática.

Podemos mencionar la etapa de los *consilia*, historias clínicas medievales basadas en la observación de las estrellas y no en los síntomas de los pacientes, y la de las *observaciones*, designación renacentista de la historia clínica, por la afición de la época a la observación de lo individual.

En el siglo xvii hay dos corrientes importantes, una de ellas considerada como la de la clínica pura, representada por Thomas Sydenham, muy cuidadoso de no escribir sino sobre lo que era producto de una atenta observación, y otra representada por la medicina anatomoclínica.

En el siglo xviii, las historias clínicas adquieren ya la estructura que hoy conocemos, y en el xix, se apoyan en el desarrollo de la ciencia.

Actualmente, en la historia clínica se abordan dos aspectos, el psicosomático y el humanístico o antropológico.

Lo que sí es cierto, observando la evolución histórica, es que la historia clínica es el resultado de la comunicación que se establece entre el médico y el paciente, lo que exige una especial sintonía y comprensión que redundará, en definitiva, en beneficio del paciente.

El lenguaje médico es un lenguaje técnico, pero los tecnicismos excesivos se han de dejar para cuando el médico plasma sus impresiones,

diagnostica o prescribe, no para cuando se dirige al paciente, porque corre el peligro de no ser entendido por éste, y así puede incorporar conclusiones totalmente erróneas a la historia clínica.

3. El lenguaje médico

3.1. Introducción

Cada grupo social o profesional tiene un lenguaje propio, con el que se comunican y entienden los que pertenecen a dicho grupo, pero el lenguaje médico se dirige a seres humanos que sufren, en muchos casos, padecimientos que no sólo se alivian con fármacos, sino también con una fluida comunicación y comprensión, lo que exige, por parte del médico, gran habilidad verbal para llegar hasta el paciente y generar en él la confianza que precisa un correcto diagnóstico y tratamiento.

Pero ¿qué es la lengua? Es una de las manifestaciones de la comunicación. «Comunicar es hacer saber a otro lo que uno piensa, lo que uno siente o uno desea. Pero todo instrumento poderoso —y el lenguaje lo es—, si es manejado por manos inexpertas, puede causar grandes daños». ² A este respecto hay que tener en cuenta, además, que en el caso del español o, si se prefiere, castellano, la situación es muy diferente en los distintos países en los que se habla. Aparte de los usos familiares y locales, no hay que olvidar el factor histórico. En los países de América empezó a hablarse el español a finales del siglo xv, y la lengua que en ellos se habla presenta numerosos rasgos que fueron normales en la lengua de España de aquella época. Otra fuente de diferencia con el español de España se halla, obviamente, en las propias lenguas indígenas y en el inglés, lengua sumamente técnica. No hay que olvidar, tampoco, el español que se habla en algunas zonas del Mediterráneo, cuyos hablantes son descendientes de los judíos expulsados de España en el siglo xv, los sefardíes, palabra hebrea que quiere decir españoles.

Pues bien, dentro de su nivel de lengua, el hablante debe escoger el nivel de habla o de escritura que convenga en cada momento. El médico es un universitario, pero ha de valorar a quién tiene enfrente cuando pronuncia una conferencia, emite un informe, elabora una historia clínica o requiere la explicación de unos síntomas a un paciente y se dirige a él para solicitarle su consentimiento o transmitirle su diagnóstico y tratamiento.

3.2. El lenguaje médico hablado

Vamos a analizar algunas de sus incorrecciones más frecuentes. Hay un verbo muy utilizado que es *asumir*, procedente del lenguaje político. Resulta correcto cuando se utiliza como *tomar para sí*, y es incorrecto como sinónimo de *suponer* o *presumir* («se asume que todo el organismo participa en...»). Son muy frecuentes los neologismos, contruidos con los sufijos *-megalia*, *-patía*, *-plasia*, etc. En este caso la influencia helénica es indudable, pero son admisibles, por la propia evolución de la ciencia médica.

También son numerosos en el lenguaje médico hablado: a) los eufemismos y las perífrasis y circunloquios en lugar de la utilización de la frase directa, clara, precisa y concisa; b) los problemas desinenciales, que son los que presentan las terminaciones de, por ejemplo, las palabras *nefrósico* y *metastásico*, ya que sería más correcto *nefrótico* y *metastático*, o *hemático* y *psíquico*, términos incorrectos cuando se hacen sinónimos de *hematológico* y *psicológico*; c) los barbarismos también abundan. Hace años se puso de moda entre los médicos utilizar la palabra *analítica* para designar el conjunto de análisis practicados a un paciente o como sinónimo de *análisis*. Según Lázaro Carreter, «este dislate, que no tiene equivalente en el extranjero, ha hecho furor entre los médicos». ³ El Diccionario de la Real Academia no lo admite en tal sentido, pero la extensión del término hará, quizás, que se admita, ya que aparece en el *Diccionario del español actual*, dirigido por Manuel Seco; ⁴ otra expresión curiosa es *hacer un escáner*. El escáner, castellanización admitida de *scanner*, es un aparato muy sofisticado. Es como decir *hacer un microscopio*.

3.3. El lenguaje médico en la historia clínica

Hay modismos admitidos que reflejan la inseguridad e imprecisión de la ciencia médica: *dudoso*, *discreto*, *moderado*; giros gramaticales que se utilizan abusivamente, como: *comienza con*, *cuadro a base de*; expresiones o palabras incorrectas como *a nivel de*, de procedencia inglesa, ³ *estadío* —con tilde, cuando la palabra correcta es sin tilde—, *objetivar* —que es incorrecto si se utiliza como *ver*, ya que quiere decir ‘dar carácter objetivo a una idea o sentimiento’— o *visualizar* —empleado como sinónimo de *ver*, cuando es ‘representar mediante imágenes ópticas fenómenos de otro carácter o

imaginar con rasgos visibles algo que no se ve', entre otras acepciones del diccionario de la Real Academia—.

Existen otras muchas incorrecciones, tales como extranjerismos, abuso de siglas, elipsis, utilización del verbo *hacer* de modo inadecuado, como, por ejemplo: *el paciente está haciendo una insuficiencia respiratoria*, ya que él no la hace, sino que se le produce y, por último, gran utilización del gerundio de forma incorrecta. Esta forma verbal impersonal hace funcionar al verbo como adverbio —*curando, hablando*—.⁴ El gerundio debe evitarse si no se sabe manejar. Como regla principal, no debe utilizarse si la acción que expresa no es simultánea con la de otro verbo. En algunos casos se produce anfibología: «Vi al enfermo paseando». ¿Quién paseaba?⁵

4. La entrevista clínica y la información al paciente

El médico y el paciente se informan recíprocamente, éste sobre sus dolencias y aquél sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad que aqueja a dicho paciente. El lenguaje que utiliza el médico en el momento de la entrevista es esencial para inspirar confianza en el enfermo y para hacerse comprender por él, algo primordial a la hora de emitir el consentimiento informado.

La entrevista es un proceso de comunicación humana, y tradicionalmente el profesional sanitario adopta distintas posturas en los diversos modelos asistenciales: a) la de técnico, lo que implica que el paciente lo vea frío y distante; b) la de sacerdote, y en este caso aconsejará transmitiendo sus propias convicciones a los pacientes; c) la de camarada, que tiene el inconveniente de no ser objetiva, al no guardar la distancia terapéutica, y d) la que se atiene al denominado *modelo contractual*, centrado en el paciente, con respeto y tolerancia, pero guardando la distancia terapéutica.⁶

Un buen entrevistador debe poseer una serie de cualidades,⁷ como son la empatía o capacidad para comprender los pensamientos y emociones del paciente, la calidez, la concreción, el respeto y la seguridad en el desempeño de sus funciones.

Una vez que se ha producido esa comunicación, se ha de valorar el contenido de la información que debe aportar el médico y cómo ha de expresarse ésta, ya que el documento que contiene el consentimiento informado del paciente deberá incor-

porarse a la historia clínica, que se utiliza como elemento de prueba en numerosos juicios en los que se exige responsabilidad a los sanitarios.

Se han de valorar aspectos subjetivos como el nivel cultural, la edad y la situación personal, familiar, social y profesional del paciente, y objetivos, como la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad de la intervención, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información.

A partir de 1972, y a raíz de los casos *Canterbury versus Spence* y *Cobbs versus Grant*, en los que se consideró firmemente que la información que se le da al paciente puede generarle un daño psicológico severo, los tribunales norteamericanos desarrollaron el denominado *privilegio terapéutico*.

En la doctrina penal española existen autores que consideran, sin embargo, que la ausencia de información, o el hecho de que esta sea deficiente, constituye una infracción del deber de cuidado y puede ser condenable en vía penal.

El médico informará sobre las consecuencias y riesgos que razonablemente se puedan prever, es decir, los riesgos típicos, pero no sobre los excepcionales o atípicos. De nuevo el lenguaje, como vía de comunicación, adquiere una dimensión de suma importancia, ya que el médico debe conjugar la técnica con la claridad y la facilidad de comprensión, pues la falta de conocimiento y comprensión por parte del paciente genera, cuando se producen daños, responsabilidades penales y civiles que debe asumir el facultativo si de la historia clínica no se desprende el consentimiento informado del paciente. Los tribunales norteamericanos fueron los precursores del estudio de esta situación. La sentencia del caso *Salgo versus Leland Stanford J. R. University Board of Trustees* (California, 1957) fue una de las primeras que utilizó el término «informed consent». Estimaba que un médico viola sus deberes hacia el paciente y queda sujeto a responsabilidad si omite circunstancias que son necesarias para que el paciente pueda dar su consentimiento informado al tratamiento propuesto.⁸

5. Aspectos jurídicos de la historia clínica

La historia clínica no debe recoger sólo datos personales del paciente, sino también el resultado de la entrevista clínica, y la historia será de mayor calidad si el lenguaje en la entrevista ha sido claro

y preciso y así se plasma en el referido documento. Se debe ser preciso en la constatación de las exploraciones físicas, así como en el resultado de las técnicas complementarias, el diagnóstico confirmado, o en su defecto, provisional, y el tratamiento, y se incorporará el consentimiento informado —si éste es necesario, según lo ya expuesto— y el informe social, en su caso.

La historia clínica, en la jurisprudencia española como en la de otros países, se utiliza como prueba para comprobar la actuación negligente o diligente del facultativo o de la institución sanitaria en la que presta sus servicios. Así, la sentencia del Tribunal Supremo español de 27 de noviembre de 1997 hace responder al Insalud por el fallecimiento de un menor por fibrilación ventricular de la que se derivó parada cardíaca a consecuencia de una intervención quirúrgica de biopsia hepática, cuando constaban en el historial clínico antecedentes cardíacos congénitos.⁹ Igualmente se pueden mencionar las sentencias de dicho Tribunal de 19 de septiembre de 1998 y 4 de febrero de 1999.⁹

Los tribunales examinan también si en la historia clínica consta el consentimiento informado, pero no simplemente para observar si se respeta la autonomía de la voluntad del paciente, sino que además se evalúa si su emisión es correcta o no, y la responsabilidad del facultativo surge en los casos en que, de resultados de la intervención médica, se ha materializado un riesgo del que no se había informado al paciente; es decir, cuando ha fallado esa comunicación a la que hemos venido haciendo referencia.¹⁰

La legislación española sobre la materia es parca, y las discusiones doctrinales sobre a quién pertenece la historia clínica, parecen decantarse a favor de la titularidad compartida del paciente y el centro sanitario,¹¹ por lo que al facultativo, aunque sea autor de ella, no le asisten los derechos de propiedad intelectual en términos de autor, ya que no la puede explotar comercialmente debido a que afecta a cuestiones relativas a la intimidad. Ahora bien, hay una cuestión de sumo interés en la que el lenguaje correcto y el derecho se alían a favor o en contra del facultativo. En la historia clínica se plasman consideraciones, observaciones y juicios de valor del médico. Posteriormente, el documento puede utilizarse como prueba en un juicio, con lo que, si su contenido refleja una ne-

gligencia, el médico estaría declarando contra sí mismo, a lo que nadie está obligado en el mundo civilizado. Esta situación constituye un motivo más para el ejercicio de la medicina defensiva hasta en la elaboración de la historia clínica.¹²

Para concluir, podemos decir que el lenguaje, como elemento de comunicación entre médico y paciente, es esencial para el adecuado tratamiento de éste, así como para el intercambio de la información entre ambos, pero el facultativo habrá de ser tremendamente escrupuloso a la hora de incorporar a la historia el consentimiento informado y reflejar por escrito sus juicios y valoraciones, para eludir las posibles responsabilidades que de una incorrecta expresión se pudieran derivar.¹³

Bibliografía

1. Delfor Podestá L. La historia clínica. En: Mazzei E, Rozmann C. (Dir.). *Semiotecnia y fisiopatología*. Buenos Aires: El Ateneo; 1977.
2. Seco M. *Gramática esencial del español. Introducción al estudio de la lengua*. Madrid: Espasa Calpe; 1995.
3. Lázaro Carreter F. *El dardo en la palabra*. Barcelona: Galaxia Gutenberg y Círculo de Lectores; 1997.
4. Seco M, Andrés O, Ramos G. *Diccionario del español actual*. 2 tomos. Madrid: Santillana; 1999.
5. Ordóñez Gallego A. *Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades*. Madrid: Noesis; 1994.
6. Borrell i Carrió F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma; 1989.
7. Marcos Carreras H, Amezcua Viezma C, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Huerga Huerga JM, Martín Gil C, Pérez Escanilla F, Sánchez Jiménez J, De la Serna de Pedro I. *Curso de habilidades en atención integral al dolor. Comunicación con el enfermo terminal y su familia*. Madrid: ENE; 1998.
8. Galán Cortés JC. *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios*. Madrid: Colex; 1997.
9. Aranzadi. *Base de datos de Jurisprudencia*. Pamplona: Aranzadi; 2002.
10. Pelayo González-Torre Á. *La intervención jurídica de la actividad médica: el consentimiento informado*. Madrid: Dykinson; 1997.
11. Romeo Casabona CM, Castellano Arroyo M. *La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica*. Derecho y salud. Barcelona: Doyma; 1993.
12. Lafarga i Traver, JL. *Problemas legales asociados al tratamiento informático de la historia clínica: La responsabilidad médica en el tratamiento de datos*. Derecho y salud. Barcelona: Doyma; 1999.
13. Estas circunstancias se recogen en la proposición de ley publicada en el *Boletín Oficial de las Cortes Generales* de 27 de abril de 2001 y titulada «Derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica».