

CURSO FORMACIÓN POST OPOSICIÓN MÉDICOS INSPECTORES Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid mayo 2009
--

## LA HISTORIA CLÍNICA PROBLEMÁTICA DE SU MANEJO Y USO ACTUAL

### RELEVANCIA DE ESTE DOCUMENTO

La exigencia de responsabilidad por los daños recibidos con motivo de la práctica médica tiene como piedra angular, frecuentemente, la transcripción detallada de la actuación asistencial que se recoge en la historia clínica. Podemos, pues, comprender el por qué la obtención de dicho cuerpo documental es el primer objetivo en cualquier reclamación de dicha índole. Reúne condiciones que la hacen codiciable como elemento probatorio: su carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinador de las distintas atenciones recibidas y pruebas realizadas, así como su rigor científico y la presunción de veracidad de cuánto allí se contiene. Por si fuera poco está elaborada por los propios protagonistas de la historia. ¿Se puede pedir más a un medio probatorio?

### 1.- Qué es y para qué sirve la historia

La nueva Ley<sup>1</sup> sobre autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información clínica define, en su artículo 14, la Historia Clínica como

“... el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ella, con objeto de obtener la máxima integración posible de la

---

<sup>1</sup> Ley 41/2002, 14-11.

documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro “.

Se menciona la historia clínica, también, en el Código de Ética y Deontología Médica cuando expone que:

“el acto médico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha clínica. El médico tiene el deber, y también el derecho, de redactarla”<sup>2</sup>. En el tercer apartado de esta misma norma se aclara que “las historias clínicas se redactan y conservan para facilitar la asistencia del paciente. Se prohíbe cualquier otra finalidad, a no ser que se cumplan las reglas del secreto médico y se cuente con la autorización del médico y del paciente”.

Quizás la mejor forma de definir la historia clínica sea a través del examen de sus notas individualizadoras, a cuyo efecto seguiremos a Cantero Rivas, quien atribuye a aquélla su condición de:

- Conjunto de información, cuyo soporte puede ser muy variado, pues al papel podemos añadir otros distintos para las radiografías, tomografías, diskettes, etc.

- La referencia territorial es el Área de Salud. En efecto en el Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, se determinan las Áreas de Salud como estructuras fundamentales del Sistema Sanitario. La historia clínica ha de mantenerse como mínimo dentro de los límites de cada institución asistencial (artículos 63 y siguientes de la Ley 14/1986, General de Sanidad).

- La historia clínica es única para cada paciente, quien no puede disponer más que de esa historia.

- Respecto de su protagonista la historia trata de integrar al máximo cuanta información sea posible, con objeto de surtir todas las finalidades clínicas de la misma (diagnóstica, medicamentosa o investigadora).

---

<sup>2</sup> Artículo 15.

- Su contenido queda plenamente afectado por los límites inherentes a la intimidad personal y familiar del paciente y al deber general de confidencialidad del centro sanitario.

- En razón a lo expuesto la historia clínica tiene limitado su acceso tan solo a determinados sujetos. Así la Ley restringe aquél al propio titular de la misma, los facultativos directamente implicados y la Inspección Sanitaria. Baste con dejar, a efectos sistemáticos, esto solamente apuntado, porque más adelante, en el epígrafe c) inmediato, haremos matizaciones al respecto; por la relevancia que, precisamente, en el ámbito probatorio reviste.

Existe una norma concreta, la Orden de 21 de junio de 1994, del Ministerio de Sanidad y Consumo que regula los ficheros con datos de carácter personal gestionados por dicha Entidad y que al recoger el fichero denominado “historias clínicas” le asigna la siguiente estructura:

a) Datos identificativos: Permiten conocer la identidad del usuario y enlazar los datos de dicha historia con el resto de los referentes al titular de la historia, disponibles en el Sistema Sanitario.

b) Datos clínicos, que corresponden a los obtenidos en el curso de la actividad asistencial y que se distribuyen en:

- Anamnesis (antecedentes personales y familiares)
- Procedimientos y datos diagnósticos (pruebas realizadas con tal finalidad).
- Procedimientos y datos terapéuticos (en las vertientes médica, farmacológica o quirúrgica).
- Datos de rehabilitación, si los hubiere.
- Datos de pronóstico.

La nueva Ley 41/2002 en su artículo 15 determina que, como mínimo, este documento habrá de contener:

Procesos de hospitalización

Autorización de ingreso  
Informe de urgencia  
Consentimiento informado  
Informe de anestesia  
Registro de quirófano o de parto  
Informe de anatomía patológica  
Gráfico de constantes  
Informe de constantes

Otros procesos

Hoja clínico – estadística  
Anamnesis y exploración física  
Evolución  
Ordenes médicas  
Hojas de interconsultas  
Exploraciones complementarias  
Cuidados de enfermería  
Terapéutica de enfermería

El fin primordial de la historia clínica es “facilitar la asistencia sanitaria del ciudadano, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar, bajo un criterio médico, el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los sanitarios que le atienden”.

Así se pronunció el grupo de expertos reunido en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en noviembre de 1997, en su documento final sobre información y documentación clínica. En dicho documento se recoge que los datos de la historia de una persona en un centro o área sanitaria deben disponerse de tal manera que permita:

- Su consulta integrada, de tal manera que por medio de una búsqueda única puedan recuperarse todos los datos de la historia de un mismo paciente, y ello con independencia de su origen en el tiempo o de la unidad donde se recogieron

- Su consulta coherente y ordenada, para lo cual todas las anotaciones que en ella se realicen contendrán la fecha, la identificación de la persona que la realiza y la unidad del centro sanitario a la que pertenece.
- Su consulta selectiva y diferenciada por episodios asistenciales que constituyen bloques homogéneos de información que se han generado en una fracción determinada de tiempo, como consecuencia de un determinado motivo de asistencia sanitaria y bajo una modalidad asistencial concreta: hospitalización, consulta ambulatoria, urgencias, hospital de día u otras que pudieran establecerse.

## **2.- De quién es la historia**

Este es un asunto controvertido en la materia que ahora nos ocupa, por la heterogeneidad del contenido de la historia y sobre todo por las repercusiones prácticas que tiene el pronunciarse por una u otra opción, ya que de inmediato surge la cuestión del acceso y disponibilidad de la historia, por una variedad de sujetos.

Complica, aún más, esta cuestión el hecho de que confluyen intereses jurídicamente protegidos distintos e incluso derechos subjetivos contrapuestos, como el derecho a la intimidad del paciente, con la correlativa obligación de confidencialidad y secreto profesional, así como el derecho de acceso del propio paciente, o de otras personas a la información contenida en la historia.

Se exponen las siguientes teorías

- Propiedad del centro sanitario: Referida al soporte material.
- Propiedad del facultativo: Respecto a los criterios científicos o juicios clínicos vertidos en la historia.
- Propiedad del usuario: En cuanto a la relevancia de la información contenida en la historia y a su carácter personalísimo.
- Tesis mixta o integradora: Es la única que ofrece una visión cabal de esta cuestión. En efecto, el soporte material corresponde al centro y a los

profesionales la autoría de sus opiniones o criterios, pero al paciente le corresponde la posibilidad de acceder e incluso de disponer de la historia clínica.

### **3.- quién puede acceder a la Historia**

Esta es, en realidad, la cuestión capital. El acceso y no la propiedad de la historia es lo relevante. Interesa acceder a la prueba, sin ser necesario apropiarse de ella para obtenerle su utilidad.

Es preciso comenzar con la mención del acceso general a archivos y registros administrativos, para centrar nuestra atención, después, en el acceso a la historia clínica en particular.

La Constitución española, en su artículo 105.b. (ubicado en el título dedicado al Gobierno y a la Administración) menciona la regulación futura del acceso de los ciudadanos a los archivos y registros. Esta regulación se produjo por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, con carácter general, como hemos apuntado y por la Ley General de Sanidad, el Decreto 63/1995 y actualmente por la Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente, con carácter específico para la historia clínica, como vamos a ver.

El elemento caracterizador del derecho de acceso a la historia clínica, es que se encuentra frecuentemente interferido por el respeto exigible a derechos de rango fundamental. La tensión se ejerce entre la necesaria transparencia y el deber de secreto.

En el antes mencionado Decreto<sup>3</sup>, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, se establece el derecho del “interesado” a la historia clínica. Es de notar que este término es mucho más amplio que el de enfermo o paciente, utilizado con estos fines en otros textos normativos.

Esta posibilidad es la consecuencia lógica del derecho a que la historia clínica se redacte y conserve en beneficio del propio paciente. No faltan, sin embargo, razones contra un acceso ilimitado o indiscriminado del paciente a su

---

<sup>3</sup> Apartado 5-6 de su Anexo I.

propia historia y se suelen invocar los siguientes argumentos<sup>4</sup> : a) Dificultades en la comprensión exacta del contenido de la historia por parte del enfermo, por desconocimiento de la terminología médica, con riesgo de errores de interpretación que pueden perjudicar al propio paciente. b) En algunos casos (por ejemplo, enfermos terminales) la información médica debe de realizarse con particular cuidado, para no perjudicar la evolución clínica del paciente. c) Resistencia por parte de los profesionales a incluir informaciones proporcionadas por terceras personas y que éstas dan en la confianza de que van a permanecer bajo el secreto profesional. d) Que ese ilimitado acceso a la historia clínica inhibiría al médico, y en general al personal sanitario, de hacer anotaciones sobre ciertas reacciones o extremos del curso de la enfermedad o de su atención.

La Ley General de Sanidad<sup>5</sup> habla de historia clínica única, para cada paciente, que estará a disposición de los enfermos y de los facultativos. Es preciso mencionar, aunque es obvio que aún cuando se decida entregar al paciente la totalidad de la historia clínica a él referida (sin la depuración antes expresada), el original ha de permanecer en el centro correspondiente, para surtir los efectos que puedan ser procedentes y para estar a disposición de la autoridad judicial, si ello fuera preciso.

Se da, en este asunto, una potencial colisión entre el derecho del usuario a la confidencialidad de la información a él referida y el derecho de determinadas personas de acceder a la citada información.

Podemos sistematizar los casos de acceso a la historia clínica en función de los sujetos que quieren acceder a ella de esta forma:

#### 1.- El propio paciente:

Al coincidir el interesado en obtener la información con su titular, queda el sistema sanitario relevado del deber de confidencialidad. Este acceso es, por otra parte, un derecho del ciudadano que tiene que ser posibilitado por la Administración Sanitaria.

---

<sup>4</sup> Angel Yagüez. R., *Problemas de la historia clínica en el medio hospitalario*, Revista La Ley, 1987.

<sup>5</sup> Artículo 61.

Otra cuestión es si, además del propio acceso, se puede obtener copia de la Historia, cuestión que debemos de contestar afirmativamente, pues las normas vigentes así lo permiten<sup>6</sup> y, por otra parte, ésta es la verdadera utilidad del acceso.

Hay que apuntar, no obstante, que al mismo paciente puede serle ocultada información de su propia historia, cuando afecte a cuestiones íntimas de terceras personas o contenga extremos, referidos a él mismo, que impidan el que le sea facilitada por su especial situación personal (caso frecuente en enfermos psiquiátricos o eventual ejercicio del privilegio terapéutico en supuestos de pronóstico fatal).

La vigente Ley 41/2002 pone una limitación en el acceso por el propio paciente a su Historia y es que no puede hacerlo en perjuicio de un tercero.

## 2.- Los familiares del paciente:

No es posible el acceso a la historia clínica de un paciente capaz y consciente, por sus familiares, sin la autorización de aquél. En caso de incapacidad o inconsciencia habrá de valorarse la necesidad del acceso y el beneficio potencial que tal acceso puede aportar al paciente.

En el artículo 18 de la Ley 41/2002 se reconoce el derecho de los familiares de un paciente fallecido a acceder a la Historia de aquél, salvo que constase de forma indubitada la voluntad del fallecido de negarles el acceso.

## 3.- Terceras personas:

Debemos diferenciar, en este grupo, dos supuestos diferentes:

Terceros integrados en el ámbito asistencial: No plantea duda la posibilidad de acceso por los facultativos encargados de la asistencia, por la inspección sanitaria o por medios científicos o investigadores (con las lógicas limitaciones derivadas de su concreta función). También es factible el acceso al

---

<sup>6</sup> Artículo 18.1 de la Ley 14/2002: “Derecho a obtener copia de *los datos* que figuren en ella...” (en la Historia).

personal de gestión que realice funciones de apoyo al ámbito asistencial, acceso limitado, naturalmente, al objeto y contenido estricto de su función.

Terceros ajenos al ámbito asistencial: No es posible el acceso a la historia por las empresas respecto de sus trabajadores, en cuanto a información individualizada, salvo autorización del propio titular de la información. Hay que resaltar que el cónyuge, a estos efectos, tiene la condición de tercero y por ello precisa autorización para el acceso.

Actualmente existen empresas privadas que custodian y gestionan historias clínicas de algunos centros públicos. Tiene prohibición, estas empresas, de subcontratar el servicio y han de devolver la información una vez concluida la relación contractual.

## **LA HISTORIA ANTE LOS TRIBUNALES**

La primera cuestión que se plantea siempre que se trata el tema de la historia como prueba, en el ámbito judicial, es la de si la petición por el órgano, de dicho carácter, tiene carácter absoluto, es decir si se ha de proceder a su entrega inmediata e incondicionada.

Baste, como punto de partida, el traer aquí la doctrina reciente, representada en este caso por el Magistrado Alvarez Cienfuegos y expuesta en el segundo Congreso Nacional de Derecho Sanitario, en el sentido de que no hay tal potestad judicial incondicionada y ello se explica de la siguiente forma: Las personas y entidades están obligadas a prestar la colaboración requerida por los jueces y tribunales y en este sentido lo expresan la Ley Orgánica del Poder Judicial y la Ley de Protección de Datos. Sin embargo es preciso tener en cuenta que sobre el médico pesa el deber de confidencialidad y que ante una petición inconcreta de la autoridad judicial, deberá oponer la petición de aclaración del motivo y alcance de la información requerida, pues de no producirse esta necesaria puntualización se incurrirían en vulneraciones en la intimidad personal del titular de la historia solicitada. Una petición de un tribunal civil de la historia clínica de un herido en accidente de tráfico, para dilucidar las responsabilidades económicas de dicho siniestro, debe de tener como respuesta el envío de la historia clínica desde la fecha del ingreso hospitalario

motivado por el accidente, pero nunca tal historia completa, pues contendría datos siempre innecesarios y quebrantaría la obligación de confidencialidad del centro sanitario hacia su paciente. No hay que olvidar, por otra parte, que la aportación de la historia clínica como prueba suele ser motivada por petición de parte y que no se sabe en donde puede acabar este cuerpo documental.

Es preciso destacar que, como afirmó John Donaldson<sup>7</sup> “la historia clínica es el mejor aliado o el peor enemigo del médico en juicio”. Ciertamente, por su valor probatorio, puede traer la absolución del médico en el juicio o acarrearle una condena, cuando la historia no exista, está confeccionada defectuosamente o se desprenda de la misma información que inculpe al médico.

Como claro ejemplo jurisprudencial de condena por inexistencia de historia, hemos de mencionar la Sentencia, de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de 2 de diciembre de 1996. Se trató del caso de una mujer que, en el postparto, sufrió una intensa hemorragia, que hizo precisa la localización y actuación del ginecólogo (después demandado). Practicó un legrado que no consiguió frenar las pérdidas sanguíneas y que ante la persistencia de las mismas hubo de practicarse una histerectomía de urgencia, que si bien cortó la hemorragia ya se encontraba instaurado en la paciente un cuadro de anemia intensa. Como consecuencia de aquélla se generó una anoxia cerebral que determinó una encefalopatía. A pesar de trasladar a la paciente a otro centro no pudo evitarse una tetraparesia espástica residual, que le hizo necesario el uso de una silla de ruedas y el concurso de otras personas para sus actividades de vida diaria. La Sala considera que el informe pericial reveló una actuación facultativa negligente, no por omitir los medios precisos, sino por haberlos adoptado absolutamente a destiempo, pues según el informe técnico la histerectomía cortó la hemorragia, pero las graves secuelas estaban ya instauradas. Recoge esta Sentencia dos consideraciones, que, junto con lo expuesto, llevan al pronunciamiento condenatorio. La presunción desfavorable que generó el desenlace desproporcionado, en relación con el origen (una hemorragia post-parto) y la actitud esquiva de los protagonistas responsables a

---

<sup>7</sup> Presidente del Comité de Responsabilidad de Otorrinolaringología Americano.

esclarecer el asunto, por un lado; y la dificultad de precisar hechos y circunstancias, debido a la carencia de una historia clínica que contuviera detalladamente el decurso de los acontecimientos y la asistencia recibida, por otro.

Son más frecuentes aquellos casos en los que la inculpación procede de una confección defectuosa de la historia o se extrae del propio contenido de la misma, por la constancia documental de acciones o de omisiones imputables a los agentes intervinientes. El contenido de la historia será esgrimido por el perjudicado o por el facultativo, según convenga a sus respectivos intereses y conforme se haya operado inversión de la carga de la prueba, o no.

Cuando la historia clínica se reclama por el juez penal, puede aparecer como inculpado el propio paciente o el médico redactor de la historia. Si es el paciente el inculpado el médico y el centro sanitario podrían oponer, en principio, al juez penal, la obligatoriedad de observancia del secreto profesional, con lo que nos encontraríamos, otra vez más, en presencia de una colisión de deberes: el referido de secreto y el de atender el requerimiento judicial para no incurrir en delito o falta de desobediencia<sup>8</sup> o de eludir la debida colaboración con la Administración de Justicia, por parte de un funcionario público, si es el caso<sup>9</sup>.

Si el inculpado es el médico, y la historia se refiere, precisamente, al paciente perjudicado, la solución tiene cierta complejidad. Se arguye, algunas veces, como criterio impeditivo de la entrega de la historia el derecho del médico a no declarar contra sí mismo y la no obligatoriedad, tampoco, del centro sanitario, en cuanto mero depositario de aquélla<sup>10</sup>. No podemos estar de acuerdo con estos planteamientos, pues entendemos prioritario el derecho del paciente perjudicado a la tutela judicial efectiva, que conlleva la utilización de los medios de prueba pertinentes, entre los que destaca, evidentemente, la historia clínica, que, no hay que olvidar que, interpretada objetiva y cabalmente, puede servir tanto para inculpar como para exculpar al facultativo, en razón a las acciones y omisiones de aquél reflejadas en la historia.

---

<sup>8</sup> Artículos 237 y 570.1º del Código Penal.

<sup>9</sup> Artículo 371, 1 y 2 del Código Penal.

<sup>10</sup> De Angel Llagues. R., *ob. cit.* p.491.

Cuando la historia clínica es demandada por el órgano judicial, en procedimientos civiles, sociales o contencioso-administrativos el rigor es más atenuado y la doctrina coincidente en que es precisa la autorización del protagonista de la historia, para preservar su derecho a la intimidad y en la consideración de que la aportación de la historia puede perjudicarle y debe de mediar su consentimiento.

La Ley 41/2002, por su parte, da acogida al criterio de protección de la confidencialidad de la información contenida en la Historia (aún sin olvidar la necesaria observancia del principio de colaboración con la Justicia) cuando, en el sentido que ha sido expresado con anterioridad, establece que el acceso judicial debe de limitarse a los fines precisados en cada caso concreto.

### **CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA**

Aquí se da una colisión entre dos asuntos a atender: La garantía del interesado que exige dilatar los plazos de conservación de la Historia Clínica el mayor tiempo posible y la manejabilidad del conjunto de las historias e incluso el propio espacio físico disponible para su almacenamiento.

En la normativa española de ámbito nacional no existía ningún precepto que recogiera plazos mínimos de conservación y es en el ámbito de las Comunidades Autónomas que integran la Sanidad transferida española en donde se está desarrollando este extremo. Así Cataluña obliga a guardar las historias a sus centros sanitarios al menos durante los 20 años siguientes al fallecimiento del paciente. En otras Comunidades, como Castilla y León, se desarrolla la normativa nacional ya vigente<sup>11</sup>. Actualmente la Ley 41/2002 contiene una mención al respecto y establece, en su artículo 17, que:

“Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica... durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso...”

Este precepto plantea algunas dudas en su aplicación práctica, como en el caso de la asistencia pediátrica, por ejemplo. Es de esperar que la normativa

---

<sup>11</sup> Sección de normativa de La Actualidad del Derecho Sanitario, enero 2006.

de desarrollo (no olvidemos que la norma que se viene comentando tiene rango legal) aclare estas cuestiones.

En Argentina, por resolución de 9/1986<sup>12</sup> se establecía el plazo de 15 años; período de tiempo idéntico al señalado en Buenos Aires por Decreto 4182/1985.

Conviene mencionar, por su notable interés, la precisión que a este respecto expuso D. Juan Carlos de Pico, en 1997, en la Revista de la Asociación Médica Argentina, acerca de que, cuando existan intereses jurídicos en compromiso, la conservación documental habrá de durar hasta la prescripción de los mismos; computada ésta desde la muerte o el alta sanitaria del paciente de que se trate.

---

<sup>12</sup> De la Secretaría Nacional de Salud