

## La historia clínica. Una visión de su relevancia clínica y jurídica. Análisis de su petición por los ciudadanos

*Por Siso Martín. Doctor en Derecho Público. Profesor Universitario Honorario. Secretario General de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario (\*).*

**SUMARIO.** RELEVANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. UTILIDADES DEL ACCESO A LA HC. VALOR PROCESAL DE LA HISTORIA CLÍNICA. DERECHO DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. LA NEGATIVA DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA. LAS ANOTACIONES SUBJETIVAS.

### Relevancia de la historia clínica

La Historia Clínica fue magistralmente definida por Laín Entralgo, eminente humanista en el recuerdo de todos, como el "relato patográfico de una persona, en poder del medio sanitario".

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información define, por su parte, 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 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 de 2011, en su artículo 19, a lo largo de 9 apartados, como una pieza clave en la relación asistencial con los pacientes. Expone, en el primero de aquellos, que: "Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla. La historia clínica incorporará la información que se considere relevante para el conocimiento de la salud del paciente, con el fin de facilitar la asistencia sanitaria". En el quinto deja constancia de que: "El médico tie-

ne el deber de facilitar, al paciente que lo pida, la información contenida en su historia clínica y las pruebas diagnósticas realizadas".

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. La utilidad de la Historia es asistencial, pero no solamente asistencial en estricto sentido, sino que se maneja en campos conexos con la atención sanitaria tan variados como los siguientes:

- Seguridad Social: Prestaciones económicas que tienen como causa y elemento valorativo la situación de salud de una persona. Es el caso de las incapacidades, en grado de temporales o definitivas.

- Inspección Sanitaria: Cuando corresponde a la misma el análisis de hechos acaecidos en un centro sanitario, respecto de la conducta de sus profesionales, para el trámite de eventuales expedientes disciplinarios a los mismos o respecto de la evaluación de responsabilidades de la institución

---

(\*) Director Académico de ISDE (Instituto Superior de Derecho y Economía en el Área Big Data de Derecho Sanitario). Docente y comunicador en Derecho Sanitario.

prestadora de la asistencia, cuando ha sido abierto expediente administrativo al respecto.

- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Asuntos tan variados como la Identificación de personas, datos de su estancia o de la asistencia prestada, en centros sanitarios, a determinados ciudadanos, sobre los que hay investigaciones en curso respecto de acciones potencialmente delictivas.

- Órganos judiciales: Procesos seguidos ante los tribunales, en órdenes jurisdiccionales diversos, como el civil (reclamaciones de cantidades indemnizatorias), el penal (comisión de hechos delictivos) o el contencioso administrativo (reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria).

- Compañías de seguros: Responsabilidades económicas de las mismas, derivadas de la estancia o tratamiento de alguno de sus asegurados en una institución sanitaria y respecto de las cuales tienen tramitaciones en curso.

Es amplio, como puede comprobarse, el repertorio de supuestos en los se puede precisar de la Historia Clínica. Expuesto esto, a modo de introducción, debo emplear un espacio para explicitar dos cuestiones capitales referidas a este conjunto documental, de utilidad máxima, que constituye la Historia. Voy a referirme, en primer lugar, a las razones que mueven al ciudadano para solicitar su Historia, dicho de otra forma, qué utilidades busca en el acceso a la misma. Más adelante expresaré cuales son los motivos que pueden, ocasionalmente, inducir a la Administración Sanitaria a la negativa a facilitar el citado acceso a la Historia, en la consideración del carácter limitado del derecho al acceso por parte del titular de la misma

### **Utilidades del acceso a la HC**

Las razones de un ciudadano para solicitar su Historia Clínica pueden ser variadas, si bien se agrupan en dos motivos principales.

- Razones clínicas
- Razones jurídicas

Veamos cada una de ellas.

Por motivos clínico asistenciales solicita el paciente su documentación clínica con el objeto de utilizar, en dicho campo, determinada información contenida en la misma. El carácter compendiador de la Historia la hace especialmente útil en este sentido. Extraer de la misma un estudio radiográfico o unas pruebas analíticas pueden permitir una concreción diagnóstica examinando los referidos elementos, siempre que cuenten con proximidad temporal suficiente, pero, además, pueden evitar someter al paciente a nuevas pruebas agresivas para su salud, como estudios radiográficos, práctica de TAC o scanner o la repetición de las ya realizadas.

En lo que respecta a las razones de índole jurídica, que pueden mover al paciente a la solicitud de su Historia, se ciñen, sustancialmente, a la disponibilidad de un precioso medio de valoración de una eventual responsabilidad en la actuación sanitaria llevada a cabo respecto de su propia persona. Esta responsabilidad puede ser exigida en distintas vías jurisdiccionales y tener al paciente en posición de demandante o de demandado. No olvidemos que este conjunto documental es la pieza clave habitualmente para dilucidar la concurrencia, o no, de la citada responsabilidad, de tal modo que la Historia Clínica es conocida, en medios forenses de evaluación de responsabilidad sanitaria, como "la prueba reina". Reúne condiciones que la hacen codiciable como elemento probatorio: su carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinadora 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?

La responsabilidad puede demandarse bajo patrones subjetivos, tratando de demostrar una acción culpable, o en el ámbito objetivo, buscando una reparación, sin necesidad de probar lo antedicho, sino solamente un daño antijurídico causado a un ciudadano, una acción u omisión de la Administración Sanitaria y la relación de causalidad entre estos elementos. En la responsabilidad

subjetiva la trascendencia de la prueba va dirigida a demostrar la culpabilidad del responsable, mientras que en la responsabilidad objetiva el elemento probatorio tendrá como objetivo la demostración de la concurrencia del daño a un usuario o paciente y de la relación de causalidad entre dicho daño y la atención recibida en el medio sanitario.

### Valor procesal de la historia clínica

El conjunto documental de la Historia Clínica ha sido concebido con una finalidad principal: la asistencial, como ha sido expresado hasta ahora. Tiene, además de esta orientación referida, otras utilidades con repercusiones jurídicas, entre las cuales debemos citar su primordial papel, en el terreno procesal, como prueba.

La Historia tiene un papel protagónico fundamental y en ocasiones definitivo en todos los procesos de responsabilidad médica. Se trata de un documento de existencia obligatoria y, por consiguiente, siempre va a estar sujeto a la posibilidad de que un juez ordene su exhibición procesal.

Es el documento más adecuado para evidenciar una posible negligencia sanitaria, pero también constituye el mejor medio de defensa para que el médico pueda demostrar la inexactitud de las bases de la acusación contra él presentada, permitiendo, en su caso, desvirtuar los argumentos inculpativos que se presenten en una denuncia o en una imputación contra el profesional de la Medicina. Es el documento más importante y la prueba capital que se puede aportar a un juicio de responsabilidad médica.

Este conjunto documental tiene el carácter de prueba preconstituida, con sobresaliente valor en la fase probatoria, normalmente la más relevante del procedimiento. La prueba es considerada una garantía procesal. Es un derecho del que gozan las partes intervinientes, quienes pueden presentar y pedir los medios que se consideren pertinentes para avalar sus pretensiones. De hecho el motivo de esa incorporación documental al proceso puede ser la decisión del juzgador o la petición de la

parte demandante o de la demandada, con propósitos diferentes para cada una, como es evidente.

Goza la Historia de una presunción *iuris tantum* de veracidad, es decir destructible por otro medio probatorio. Su valor, pues, en este terreno no alcanza al del documento público, pero supera al del documento privado, que no goza de la presunción de veracidad mencionada.

Estas referencias se circunscriben a los documentos producidos en centros sanitarios públicos, pues los emitidos en el sector privado son documentos privados, sin otra posible consideración. La Historia, como prueba, puede ser aportada al juicio en las Diligencias Preliminares, Diligencias Previares o en la fase del Sumario en el proceso penal. Es de aplicación la precisión del artículo. 326 LEC en el sentido de que los documentos privados harán prueba plena en el proceso, en los términos del art. 319, cuando su autenticidad no sea impugnada por las partes a quien perjudique. Si el documento resulta impugnado y de la impugnación resulta la autenticidad del mismo, hace prueba plena. Si de la impugnación no puede deducirse su autenticidad, se valorará conforme a las reglas de la sana crítica.

Es normal la disposición de la Historia en el centro sanitario. En aquellos casos en los que la Historia no existe, o está confeccionada defectuosamente, se genera responsabilidad hacia el establecimiento depositario de la misma, o cuando menos un perjuicio de su posición en la consideración procesal.

En caso de solicitud de la Historia Clínica aparecen en liza, para su cumplimiento, por un lado, la obligación de colaborar con la Justicia y, por otra parte, la obligación de confidencialidad que se le debe al paciente, respecto de la información contenida en la Historia Clínica y que se debe facilitar al Tribunal. Los datos de salud han de someterse, para su cesión, a los principios de cautela de la normativa de protección de datos personales, en el sentido de que los que se aporten deberán ser "adecuados, pertinentes y no excesivos". Cuando la prueba está a disposición del profesional demandado,

no puede éste negarse a una petición de aportación de la misma, so pretexto de acogerse a la obligación de no declarar contra sí mismo. Puede, por otra parte, acceder al contenido de la Historia para extraer medios para su defensa, con las debidas cautelas de protección de la intimidad del paciente.

### Derecho de acceso a la historia clínica

El medio asistencial es depositario de esta información, de la máxima sensibilidad e interés respecto de los ciudadanos a quienes atiende. Se encuentra siempre, este dispositivo, inmerso en una aparente terrible dicotomía en lo que respecta a la posibilidad de acceso al mismo por aquellas personas que pueden demandarlo, entre dos posiciones:

A. Preservarla de accesos indebidos en cumplimiento de su obligación de confidencialidad para con aquellos a quienes se refiere.

B. Permitir el acceso a dicha información, por su utilidad, cuando corresponda y hacerlo en las debidas condiciones de destinatario y modo.

El problema surge, algunas veces, por la duda que asiste a quien puede permitir el acceso a la Historia Clínica, respecto de si se encuentra en el primer caso (ha de impedir dicho acceso en cumplimiento del mencionado deber de confidencialidad sobre la información sanitaria) o en el segundo y ha de permitirlo, midiendo las condiciones de acceso a la información, en razón a la persona del solicitante o al contenido de dicha información a facilitar.

La cuestión dista de ser baladí, pues el tratamiento de este documento sanitario tiene, en cualquiera de sus aspectos, una gran complejidad ya que puede encontrarse su contenido en referencia no sólo al propio paciente a quien se refiere, sino a terceras personas o a los profesionales sanitarios que hayan intervenido, así como a una pluralidad de instituciones con distintas finalidades: el fundamento normativo de la posibilidad de acceso a la Historia es sobradamente sólido en el ámbito de

los medios asistenciales de naturaleza pública. La propia Constitución, en su Artículo 105 b) recoge el derecho de los ciudadanos al acceso a los archivos y registros administrativos, en general, como "derecho de última generación" (derecho a una buena administración contenido en el artículo 41 de la Carta de Derechos de la Unión Europea).

Este derecho se desarrollaba ya en la Ley Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas (no olvidemos que la Administración Sanitaria tiene esta condición) respecto del derecho de examen de documentación en poder de una Administración. Actualmente el artículo 13 d) de la *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*, determina que los ciudadanos tienen derecho a acceder a la información pública, archivos y registros de acuerdo con lo previsto en la *Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno* y el resto del Ordenamiento Jurídico.

Este derecho de acceso se concretó en normativa específica de la Sanidad, con carácter general, ya en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, que recogía en su artículo 10 el derecho a la información sanitaria y, posteriormente en el *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, en su Anexo I (Apartado 5. 6ª).

Tras este abundante precedente normativo el derecho de acceso de los ciudadanos a su documentación clínica queda palmariamente declarado hoy en la vigente *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (Capítulo V, Artículos 14 y siguientes).

No quiero omitir una mención a la vigente normativa en materia de protección de datos que, reconociendo el repetido derecho de acceso, en las condiciones legales necesarias, ofrece la tutela de la Agencia de Protección de Datos ante una eventual e injustificada negativa de la Administración Sanitaria al mentado acceso. La Historia Clínica es un documento sanitario, pero también, cómo no,

un conjunto de datos sometido a esta específica normativa, además de la sanitaria general.

Conviene hacer unas precisiones acerca de este derecho de acceso. Comenzaré diciendo que puede concretarse en algo más que la simple visión y examen de la Historia, pudiendo alcanzarse a la obtención de copia de aquellos elementos que se soliciten, cuestión hoy fuera de duda a la luz de la vigente normativa y su aplicación jurisprudencial. Por otra parte el referido acceso no se encuentra condicionado por la finalidad del mismo y así no puede restringirse este derecho con el alegato del centro sanitario público, algunas veces utilizado, de que es razón de la negativa el hecho de que las radiografías, por ejemplo, van a ser examinadas en un centro sanitario privado o en el ejercicio de medicinas alternativas (digitopuntura, por ejemplo). La normativa que reconoce el derecho al repetido acceso no lo relaciona con la finalidad del mismo y por ello es aplicable aquí el conocido aforismo jurídico de que donde la ley no distingue no podemos distinguir. Pero veamos, sin más demora, la postura que ocasionalmente adopta el centro sanitario.

### **La negativa de la Administración sanitaria**

Teniendo en cuenta el valor de la Historia Clínica como instrumento probatorio, en el sentido que vengo expresando, y la capacidad potencial de compromiso que puede ejercer sobre determinados profesionales, y también sobre la propia Administración Sanitaria de la que aquellos dependen, por ello, se muestra, a veces, por los centros sanitarios una reticencia a facilitar la Historia Clínica al reclamante, o al menos determinados documentos sustanciales que forman parte de la misma.

Concurren, además de esta actitud defensiva de la Administración sanitaria, otros ingredientes en la negativa citada: mencionaré, primero, una corriente secular, de oscurantismo en la actuación de los poderes públicos hacia el ciudadano, hecho éste que cobra una particular relevancia histórica en el medio sanitario (en donde se desarrollaba el Orden Natural y los médicos ejercían su sacerdocio, como artesanos de la vida y la muerte, hechos

que de continuo se producen a su alrededor (junto con el hecho de que, históricamente, la medicina, ciencia no exacta, se ha venido ejerciendo en beneficio del paciente pero sin el paciente). A esto hemos de añadir una enraizada creencia de la Administración sanitaria de que la Historia Clínica es propiedad del centro, criterio que ha penetrado la cultura de las instituciones sanitarias y aún hoy persiste en algunas de ellas.

Cuando coincide la persona del interesado en obtener la información con el titular de la misma, 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. Sin embargo, tal derecho no es absoluto y precisa de algunas matizaciones.

La Historia Clínica se redacta y conserva en beneficio del propio paciente, si bien no faltan razones contra un acceso ilimitado o indiscriminado del aquel a su propia Historia y se suelen invocar los siguientes argumentos:

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. Conocer determinados extremos, como un diagnóstico o un pronóstico fatal, pueden no ayudarle a obtener un beneficio, sino, por el contrario, a causarle un perjuicio en determinadas circunstancias personales del enfermo.

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) Perjuicio que le podría deparar al profesional el conocimiento, por parte del paciente, de determinadas anotaciones subjetivas recogidas en la Historia. Este extremo es de particular importan-

cia en ciertos ámbitos asistenciales, particularmente en la psiquiatría.

e) Que un 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.

### Las anotaciones subjetivas

No puedo obviar un apunte acerca de las llamadas anotaciones subjetivas, insertadas por el profesional sanitario y cuya aparición en un documento clínico motivan frecuentemente la negativa de acceso del ciudadano a dicho documento, emitida por el centro sanitario en donde se encuentra este elemento material. Surgen a este respecto tres matizaciones necesarias:

Primera: ¿qué debe de entenderse por anotación subjetiva?, debiendo de concluirse que se trata de toda aquella apreciación, impresión, valoración o juicio del profesional sin directa relevancia clínica.

Segunda: si la existencia de estas anotaciones invalidan el acceso del ciudadano a la totalidad del documento en el que constan. Entiendo que no debe de ser así, siendo el proceder correcto la eliminación de la anotación y la entrega del documento así tratado.

Tercera: ¿quién debe actuar para valorar qué es anotación subjetiva y proceder a su eliminación,

antes de facilitar el acceso al ciudadano?. Asunto complejo y variable en razón al centro sanitario en el que haya de procederse y al que la Ley no aporta solución. Parece idóneo el Comité de Ética Asistencial, cuando lo haya; la persona responsable de los Servicios de Documentación Clínica o de Atención al Paciente; o la propia Dirección Médica. Debe, en definitiva, de evitarse que sea el propio profesional que redactó las anotaciones el que se convierta en juez y parte en este asunto.

He de decir, en honor a la verdad, que va penetrando en la Administración sanitaria la cultura de transparencia y servicio público y que ya es más frecuente el facilitar la información a quien legítimamente la solicita, que la postura contraria, ejercida de manera habitual años atrás. Los centros sanitarios, como cualquier institución pública deben abundar en su vocación de servicio, evitando la fácil tentación de creerse un fin en sí mismos.

El responsable de la documentación clínica, en la duda de si entregarla o no hacerlo, ante los derechos de primera magnitud en juego, recuerda aquella oración del almirante que veía venir, en el horizonte, la flota enemiga:

*Que Dios me dé valor y decisión si debo atacar. Que el cielo me otorgue mesura y contención si he de esperar. Pero sobre todo que ambos me den discernimiento para saber si me encuentro en el primero o en el segundo caso.*

**Juan Siso Martín**

