

**LA PETICIÓN POR LOS CIUDADANOS DE SU HISTORIA CLÍNICA
UNA OCASIÓN DE EVENTUAL DESENCUENTRO
CON LOS CENTROS SANITARIOS DEPOSITARIOS DE LA MISMA**

INTRODUCCIÓN

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 nueva Ley, 41/2002, sobre autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información clínica 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 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”. 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”.

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.

Estas precisiones normativas y doctrinales evidencian el hecho de que el Sistema Sanitario es depositario de esta información, de la máxima sensibilidad e interés respecto de los ciudadanos a quienes asiste. Se encuentra siempre, este medio, inmerso en una terrible dicotomía en lo que respecta a la información que posee de aquellas personas a quienes atiende:

- Preservarla de accesos indebidos en cumplimiento de su obligación de confidencialidad para con aquellos.
- Permitir el acceso a dicha información cuando corresponda y hacerlo en las debidas condiciones de destinatario y modo.

El problema surge, algunas veces, por la duda que asiste a quien ha de permitir el acceso a la Historia Clínica, respecto de si se encuentra en el primer caso (ha de impedir dicho acceso en cumplimiento del 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:

- 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 expedientes disciplinarios a los mismos o la evaluación de responsabilidades de la institución

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 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 uno 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 precisa de la Historia Clínica. Expuesto esto, a modo de introducción, permítanme que emplee un espacio para explicitar dos cuestiones capitales referidas a este conjunto documental que constituye la Historia.

Voy a referirme, en primer lugar, a las razones que mueven al ciudadano para solicitar su historia o, dicho de otra forma, qué utilidades busca en el acceso a la misma.

En segundo lugar expresaré cuales son los motivos que inducen 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 H.C.

Las razones de un ciudadano para solicitar su Historia Clínica, pudiendo ser variadas, 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, como ya he referido, en distintas vías jurisdiccionales y tener al paciente como demandante o como 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, 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?

Como es de todos sabido la responsabilidad puede demandarse bajo patrones subjetivos, tratando de demostrar una acción culpable, o en el ámbito objetivo, 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 relación de causalidad misma. Es preciso decir que en el medio sanitario esta prueba es particularmente compleja, pues interfieren elementos técnicos internos de la Administración y otros ajenos a ella, aunque directamente relacionados con la causalidad, como la propia salud del paciente.

Teniendo en cuenta, precisamente, el valor de este 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 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.

El debate acerca de la propiedad de la Historia Clínica tiene su trascendencia porque conlleva la disponibilidad de la misma. Se formulan al respecto tres teorías:

1. La Historia Clínica es propiedad del Centro Sanitario.
2. Pertenece, este conjunto documental, al médico (o equipo médico).
3. Su propietario es el propio paciente.

Realmente ninguna de las tres teorías, tomadas aisladamente, es correcta.

Es propiedad del centro sanitario solamente el soporte material (físico) de la historia; es decir los documentos, diskettes, placas radiográficas, etc. El medio en el que ha sido elaborada determina que, conforme a la teoría de los frutos de la producción, el resultado de dicha elaboración, en cuanto elemento material, quede atribuido, en pertenencia, a dicho medio.

Al médico (o equipo) le corresponde la propiedad intelectual de lo escrito (los juicios y valoraciones) y esto muy relativizado si lo conectamos con la propiedad que podría corresponder a un Abogado del Estado (por ejemplo) respecto de sus dictámenes. Como puede comprenderse esta atribución intelectual se concilia mal con la teoría de los frutos de la producción antes mencionada.

Por último se atribuye al propio interesado, por contener su información personalísima.

La postura correcta es la conciliadora, en la que, perteneciendo el soporte material al centro sanitario, y reconociendo la antes mencionada (y relativizada) autoría intelectual, debe de encontrarse dicho soporte a disposición del usuario para su acceso y examen o para la obtención de copia de la Historia Clínica, cuando se precise.

El fundamento normativo de la posibilidad de acceso es sobradamente sólido. La propia Constitución recoge el derecho de los ciudadanos al acceso a los archivos y registros administrativos, en general. Este derecho se desarrollaba ya en la Ley 30/1992, de 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. Este derecho de acceso se concretó, más adelante en

normativa específica de la Sanidad: la Ley General de Sanidad, que ya recogía en su artículo 10 el derecho a la información sanitaria y, posteriormente el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Tras este abundante precedente normativo el derecho de acceso de los ciudadanos a su documentación clínica queda palmariamente declarado en la Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente. Por último, no quiero cansarles con más referencias normativas, pero no quiero omitir una mención a la vigente normativa en materia de protección de datos (Ley 15/1999 y normativa complementaria) 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.

Conviene hacer unas precisiones acerca de este derecho de acceso.

Comenzaré diciendo que el mencionado acceso puede no ceñirse a la simple visión y examen de la Historia, sino que alcanza a la obtención de copia de aquellos elementos que se solicite, cuestión hoy fuere de duda, como me he ocupado de concretar con anterioridad.

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

Al coincidir 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 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 paciente 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 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 importancia 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.

No puedo obviar, en mi intervención, un apunte acerca de un asunto de actualidad, como es el caso 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 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 de 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, en el sentido contrario, ejercida de manera habitual años atrás.

Los centros sanitarios, como cualquier institución pública deben de abundar en su vocación de servicio, evitando la fácil tentación de creerse un fin en sí mismos.

Quiero concluir mi intervención, a modo de resumen de cuanto les he expresado, con la exposición de un decálogo de conclusiones.

1. La Historia Clínica es el conjunto documental que recoge los datos de la atención sanitaria que el ciudadano ha recibido del Sistema Sanitario.
2. Dicha información tiene la doble finalidad de servir de antecedente para futuras actuaciones sobre la persona a la que se refiere y de cumplir como referencia para evaluar la asistencia dispensada.
3. La Administración Sanitaria tiene la obligación de preservar la confidencialidad sobre la información contenida en la Historia, a la par que la de mostrar aquella con sujeción a las condiciones normativamente establecidas.
4. La Historia Clínica, además de las funciones de índole asistencial antes referidas, y de otras administrativas y procesales, cumple el papel de instrumento probatorio de primer orden en materia de una eventual exigencia de responsabilidad a la Administración Sanitaria.
5. El ciudadano puede solicitar el acceso a su historia clínica por dos motivos principales: razones clínicas (obtención de información de esta índole) o razones jurídicas (análisis de la responsabilidad aludida en el punto anterior).
6. Como pieza probatoria, la historia, es un elemento de primer orden en cualquier proceso.
7. La Administración Sanitaria a veces no permite el acceso a la Historia por el temor a que un instrumento tan poderoso sea utilizado contra ella. Esta motivación se asienta, aún hoy, ocasionalmente, en la tradición secular de ocultar información a los ciudadanos por los poderes públicos.

8. El motivo, otras veces, de dicha ocultación, es un exceso de celo por parte del centro sanitario en la preservación de la confidencialidad.

9. Es indiscutible, desde el punto de vista jurídico, el derecho de acceso de los ciudadanos a sus Historias Clínicas, sin perjuicio, naturalmente, de que se haga con sujeción a las normas aplicables y ello con independencia de a quien se atribuya la propiedad de la Historia.

10. Ante una eventual negativa, que se entienda improcedente, el ciudadano cuenta, aparte de con la protección normativa citada, con la asistencia de los organismos administrativos de reconocimiento de su derecho, con la tutela de Agencia de Protección de Datos y con el apoyo del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, institución de servicio público, siempre a su disposición en cualquier asunto en materia de derechos de los pacientes.

Muchas gracias por su atención

Madrid, Octubre de 2006