

**LEY FORAL 29/2003, DE 4 DE ABRIL, POR LA QUE SE MODIFICA PARCIALMENTE LA LEY FORAL 11/2002, DE 6 DE MAYO, SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS, A LA INFORMACIÓN Y A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (BOE NÚM. 120 DE 20 DE MAYO DE 2003)**

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

Conforme al artículo 53 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, en materia de sanidad interior e higiene, corresponden a Navarra las facultades y competencias que actualmente ostenta y, además, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado.

La Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, publicada en el Boletín Oficial de Navarra núm. 58, de 13 de mayo de 2002, regula en Navarra los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.

En el Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002 se publicó la 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. Conforme a su disposición adicional primera, esta ley tiene la condición de básica de conformidad con lo establecido

en el artículo 149.1.1 y 16 de la Constitución Española.

Siendo ambas leyes coincidentes en las materias que abordan, se hace preciso adecuar la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, a la ley estatal dada su condición de básica, y a fin de garantizar los mismos derechos a los pacientes respecto de la información y documentación clínica.

**Artículo 1.**

Se añaden en la letra b) del apartado 1 del artículo 11 de la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, los siguientes datos:

- «— El informe de urgencia.
- La autorización de ingreso.
- El informe de anatomía patológica.
- En su caso, el documento de voluntades anticipadas, así como posible condición de donante de órganos.
- La evolución y planificación de los cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.»

**Artículo 2.**

Se modifica el apartado 5 del artículo 12 de la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, que queda redactado en los siguientes términos:

«5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.»

### Artículo 3.

Se modifica el artículo 13 de la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, que queda redactado en los siguientes términos:

«Artículo 13. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.

2. En cualquier caso, en la historia clínica deben conservarse, junto con los datos de identificación del paciente, durante cinco años, como mínimo, a contar desde la muerte del paciente: las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.

3. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

4. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

5. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra

modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y

documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

6. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

7. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.»

### Artículo 4.

Se adicionan dos nuevos apartados al artículo 14 de la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, que con los números 3 y 4 quedan redactados en los siguientes términos:

«3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de

un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.»

#### Artículo 5.

Se añade una nueva disposición adicional a la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, redactada en los siguientes términos: «Quinta. El informe de alta del paciente, la emisión de certificados médicos y las obligaciones profesionales en relación con la cumplimentación de informes técnicos, estadísticos y administrativos, referentes a los actos sanitarios se registrará por lo que al respecto establezca la legislación básica del Estado.»

Disposición final primera.

Se faculta al Gobierno de Navarra para desarrollar reglamentariamente lo establecido por la presente Ley Foral.

Disposición final segunda.

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo dispuesto en la presente Ley Foral.

Disposición final tercera.

La presente Ley Foral entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra. Yo, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, promulgo, en nombre de S.M. el Rey, esta Ley Foral, ordeno su inmediata publicación en el Boletín Oficial de Navarra y su remisión al «Boletín Oficial del Estado» y mando a

los ciudadanos y a las autoridades que la cumplan y la hagan cumplir.

Pamplona, 4 de abril de 2003.

MIGUEL SANZ SESMA,

Presidente

(Publicada en el «Boletín Oficial de Navarra» número 45, de 11 de abril de 2003.)