

Historia clínica: aspectos éticos y medicolegales

El primer informe realizado por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) sobre la custodia de la historia clínica revela «graves deficiencias...». Así se inicia un artículo publicado en el periódico El País en octubre de 2010.

Aspectos como la custodia, el acceso a la historia clínica, la informatización, el secreto profesional y confidencialidad, los derechos del usuario y los derechos de los profesionales en relación a la documentación son, en ocasiones, controvertidos.

Es complejo dar una única respuesta a las diferentes dudas que se plantean en el ámbito asistencial en relación con el manejo de la documentación médica. Sin embargo, el objetivo del presente trabajo será definir algunos aspectos fundamentales de la historia clínica e intentar proponer soluciones a los problemas más frecuentes que se plantean en torno a ella.

Concepto de historia clínica

Según queda recogido en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Es el documento medicolegal por excelencia. Constituye un instrumento fundamental para llevar a cabo la asistencia al paciente y es un fiel reflejo de la relación que se establece entre el profesional sanitario y el usuario. En ella

quedan recogidas todas las actuaciones asistenciales y es fundamental para valorar la calidad de la asistencia prestada.

Finalidad

La finalidad primordial de la historia clínica es la asistencial. Tal y como se entiende actualmente el ejercicio de la medicina, con carácter multidisciplinar, sería imposible llevarla a cabo sin la historia clínica como instrumento básico asistencial. Sin embargo, existen otras finalidades que no deben olvidarse: la administrativa, como elemento evaluador de la calidad asistencial, la investigación y docencia y la medicolegal.

Desde el ámbito de la medicina legal la historia clínica tiene unas connotaciones diferentes: constituye un documento de carácter público-semipúblico, estando el derecho de acceso limitado puede considerarse un acta de cuidados asistenciales, existe obligación legal de realizarla (Ley General de Sanidad 14/1986, Ley 41/2002, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico). Es un documento de prueba en materia de responsabilidad profesional y asimismo un elemento de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta asistencial. Finalmente, es un instrumento de dictamen pericial. Es clave para la elaboración de periciales médicas en materia de responsabilidad profesional.

Confidencialidad

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un sistema riguroso para su obtención. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya planteada por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre.

La sociedad actual, las características del ejercicio de la medicina, los avances técnicos informáticos, generan la sensación de mayor facilidad de acceso a la información médica. Sin embargo, el concepto de secreto médico se mantiene aún totalmente vigente y es el que limita los derechos de acceso a la historia clínica tanto al profesional sanitario como al propio usuario. Todo

profesional que con motivo del ejercicio de la profesión sanitaria tenga acceso a la información contenida en la historia clínica, estará sujeto a secreto profesional.

En relación con la información cabe destacar que, a pesar de que ésta se refleja por escrito en los diferentes documentos de la historia clínica, la facilitada al paciente será fundamentalmente verbal y también sujeta a la confidencialidad.

Contenido de la historia clínica

La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo usuario tendrá derecho a que quede constancia por escrito o en el soporte técnico más adecuado de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales realizados por el servicio de salud, tanto en el ámbito de la atención primaria como de atención especializada (Ley 41/2002).

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, la historia clínica constituye un fiel reflejo de la relación médico-paciente. Por medio de las anotaciones de los profesionales en cada una de sus intervenciones puede deducirse cómo se ha desarrollado el proceso asistencial: los posibles conflictos generados en la relación con el paciente o sus familiares, los problemas asistenciales, la elaboración de las diferentes hipótesis diagnósticas, las complicaciones clínicas y las actitudes terapéuticas. Todo ello debe estar reflejado necesariamente en los diferentes documentos que la integran.

La característica fundamental del contenido de la historia clínica es la veracidad, así como el respeto hacia el paciente, sus familiares y los profesionales que intervengan en el proceso asistencial. Igualmente, las anotaciones clínicas estarán sujetas a criterios de rigor técnico y científico.

El contenido mínimo que debe tener, según la legislación vigente será:

- » Hoja clínico-estadística.
- » Autorización de ingreso.
- » Informe de urgencias.

- » Anamnesis y exploración clínica.
- » Evolución.
- » Ordenes médicas.
- » Hoja de interconsulta.
- » Informes de exploraciones complementarias.
- » Consentimiento informado.
- » Hoja de anestesia.
- » Hoja quirúrgica o de registro de parto.
- » Informe de anatomía patológica.
- » Evolución y planificación de enfermería.
- » Aplicación terapéutica en enfermería.
- » Gráfico de constantes.
- » Informe de alta.

La elaboración de cada uno de estos documentos, en los casos que proceda, será responsabilidad de cada profesional.

La historia clínica es única. En cada centro sanitario, el paciente sólo puede tener una, la cual contendrá todo el proceso asistencial. Ello facilita obviamente la asistencia sanitaria, al evitar duplicidad o falta de información en cada proceso asistencial.

La Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de junio, de ámbito de competencia territorial de Cataluña, establece que la historia clínica debe conservarse como mínimo durante 15 años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial y que contendrá los siguientes documentos: consentimiento informado, informes de alta, informes quirúrgicos y registro de parto, hoja de anestesia, informes de pruebas complementarias, informes de autopsia e informes de anatomía patológica.

La mencionada ley, en su disposición adicional, hace referencia a la historia clínica compartida. A dicha historia clínica podrán acceder los profesionales del sistema sanitario catalán y también los pacientes. Se determina un plazo de 4 años que garantice la instauración de la historia clínica compartida.

Custodia

Son los centros sanitarios quienes tienen la obligación de conservar la documentación clínica en las condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, según consta en la legislación vigente.

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

La mencionada Ley 16/2010 establece la responsabilidad de custodia de la historia clínica a la dirección de los centros sanitarios públicos y al profesional sanitario cuando éste lleve a cabo su actividad de forma privada. La misma norma establece la obligación de conservación de determinados documentos como mínimo durante 15 años desde el alta de cada proceso. Otros documentos de menor relevancia podrán ser destruidos pasados 5 años desde el alta de cada proceso.

Aspectos de interés práctico

1. ¿Durante cuánto tiempo tiene que conservarse la historia clínica?

Según la Ley 41/2002 un mínimo de 5 años contados desde la fecha del alta del proceso asistencial. Sin embargo, algunas comunidades autónomas (como Cataluña, Navarra o Extremadura, p. ej.), han desarrollado normativas propias en relación a la conservación de la documentación clínica, especificándose qué documentos necesariamente deben archivarse de forma indefinida y cuáles pueden ser destruidos.

2. ¿Tiene que constar copia del parte judicial en la historia clínica?

Sí, sea un parte judicial de lesiones, de defunción, de ingreso involuntario en instituciones psiquiátricas o de cualquier otra circunstancia con implicación judicial. Una de las copias debe permanecer en la historia clínica.

3. En la circunstancia de que se produzca un fallecimiento tributario de autopsia judicial, ¿debe enviarse al juzgado de guardia además del parte judicial un informe de epicrisis donde conste la identificación del fallecido, diagnósticos, antecedentes, evolución y tratamientos realizados?

Sí. Es imprescindible puesto que así el médico forense podrá interpretar los hallazgos objetivados en la práctica de la autopsia judicial.



4. ¿Puedo entregar una copia de la historia clínica a los cuerpos policiales si éstos lo solicitan?

No, a no ser que sean portadores de un oficio del juzgado correspondiente donde se solicite dicha entrega

5. Si estando en la consulta un paciente me pide copia de la historia clínica, ¿puedo entregársela?

Habitualmente no. Debo informarle de su derecho como ciudadano a tener copia de la historia clínica. Sin embargo, no es habitual entregarla en la consulta, sino por medio de los cauces que se hayan establecido en cada centro para ello (habitualmente se realiza a través de solicitud en la Unidad de Atención al Usuario o en los servicios o unidades de Documentación Clínica).

6. En las hojas de seguimiento clínico en muchas ocasiones se realizan anotaciones sobre impresiones subjetivas o bien anotaciones derivadas de información obtenida por medio de la familia. ¿El paciente puede tener acceso a ellas?

Las anotaciones de la historia clínica deben ser siempre rigurosas y respetuosas hacia los profesionales, el paciente y la familia. A pesar de que el paciente tiene derecho de acceso a su historia clínica, este derecho se encuentra limitado cuando pueda derivarse un perjuicio hacia terceras personas, sean familiares o bien profesionales, los cuales pueden oponer al derecho de acceso, el de reserva de sus anotaciones subjetivas. En dichas circunstancias, se suele optar por entregar un resumen de la historia clínica o por no realizar entrega de las hojas de seguimiento clínico. Algunos centros sanitarios han optado por entregar, en primera instancia, únicamente documentos objetivos como son hojas quirúrgicas, hojas de anestesia, documento de consentimiento o resultado de pruebas complementarias.

7. Si un familiar de un paciente solicita copia de un informe clínico, ¿puedo entregárselo?

No, a no ser que este familiar esté debidamente acreditado y autorizado por el propio paciente para recibir dicha documentación.

8. Y si el paciente ha fallecido y los familiares solicitan copia de su historia clínica, ¿puedo hacerles entrega de ella?

Sí, siempre y cuando se encuentren debidamente acreditados y el fallecido expresamente no lo hubiese prohibido en vida. Si tal prohibición se produjese tendría que estar acreditada.

9. Paciente de 16 años de edad. Los padres del menor solicitan copia de su historia clínica pero sin que el menor tenga conocimiento de ello. ¿Puede ser entregada?

No existe una normativa específica para el menor de edad. En la Ley 41/2002 se otorga la capacidad de consentimiento del menor para los procesos asistenciales a los 16 años, aunque no se especifica normativamente el acceso a la información. El Código Civil español establece la mayoría de edad a los 18 años y valora asimismo el concepto del menor maduro y los derechos personalísimos (sexualidad). Así pues, podemos afirmar que existe un «vacío legal» en relación al acceso de la información asistencial del menor. En nuestra opinión, se requeriría consentimiento de acceso por parte del menor, tanto si la finalidad es conocer aspectos íntimos de su persona como si se trata de tomar decisiones en el ámbito asistencial.

10. ¿La Administración de Justicia tiene derecho de acceso a la totalidad de la historia clínica de un paciente?

Sí, si así lo precisa en un caso concreto y de esa forma se especifica en el oficio que se remite, pero no de forma habitual o sistemática. Es decir, en principio tendrá derecho de acceso a aquella documentación médica que sea relevante para resolver el proceso judicial en cuestión.



11. Si el juez solicita la historia clínica completa, incluidas las exploraciones complementarias, ¿qué hago?

Cumpla siempre la solicitud u orden judicial.

12. Si un médico solicita el acceso a la historia clínica de un paciente de mi consulta habitual por motivos personales, ¿debo acceder?

No. Sólo tienen derecho de acceso a la historia clínica y a cualquier información sobre un paciente los profesionales sanitarios que estén implicados en el proceso asistencial.

13. ¿Puedo modificar las anotaciones del curso clínico?

Uno de los aspectos que condicionan que la historia clínica sea un documento medicolegal válido es que es inmodificable y coetáneo al proceso asistencial. Si una anotación debe ser modificada porque se ha cometido un error, debe quedar constancia de dicha modificación. En la historia clínica manuscrita debe «tacharse» con bolígrafo la anotación errónea y luego continuar escribiendo. No puede utilizarse ningún tipo de corrector (typex) puesto que invalida el documento. En el caso de la historia clínica informatizada, el programa informático debe recoger cuándo y quién realiza la modificación, así como el contenido de esta modificación, puesto que en caso contrario invalidaría la historia clínica como elemento de prueba judicial.

14. Cada vez que realizo una anotación en la historia clínica, ¿debo identificarme?

Sí, siempre. En la historia clínica manuscrita la identificación correcta del profesional es: nombre y apellidos, número de colegiado, fecha y hora de la asistencia. En la historia clínica informatizada, el programa informático necesariamente debe identificar a cada pro-

fesional, quedando las entradas y anotaciones realizadas adecuadamente registradas.

15. Si una mujer mayor de edad solicita que no conste en un informe médico un antecedente patológico de aborto, ¿debo acceder a ello?

Sí, puede obviarse este antecedente en el informe que se entrega a la paciente, siempre y cuando quede constancia de él en la historia clínica.

16. En la circunstancia de que un paciente, un familiar acreditado de éste o bien la Administración de Justicia, me soliciten copia de la historia clínica, ¿qué debo entregar, los documentos originales o una copia?

Una copia de los documentos que integren la historia clínica. Esta copia puede estar compulsada o no.

Si el juez solicita el original, se le entregará. En este contexto, necesariamente una copia compulsada deberá permanecer en el centro asistencial.

17. En el caso de la historia clínica informatizada, ¿puede un paciente solicitar que se cancelen algunos datos o procesos asistenciales de forma definitiva?

Actualmente en España no existe ninguna ley de la historia clínica informatizada. Está sujeta a los criterios establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, en la cual sí se establece el derecho de cancelación de los datos de carácter personal. Desde el ámbito de la medicina legal entendemos que dicho aspecto no sería aplicable a la historia clínica, puesto que todo antecedente médico o proceso asistencial puede ser relevante para la salud futura del paciente o, incluso, para explicar determinadas actitudes terapéuticas que se hayan adoptado en el pasado, sean cuestionadas o no. Por di-



cho motivo, si el paciente solicita la modificación o cancelación de datos contenidos en la historia clínica, cabría la posibilidad de entrega de un documento donde determinados datos sin relevancia clínica no consten, pero manteniendo su permanencia en la historia clínica con posibilidad de acceso en caso necesario.

18. Si un paciente insiste en que cancele algunos datos de su historia clínica, ¿debo realizarlo yo?

No. Debe remitirse a dicho paciente al servicio de documentación clínica donde se le informará adecuadamente y se estudiará cada caso concreto.

19. A petición del juzgado, ¿es obligatorio hacer entrega de la historia clínica en caso de responsabilidad profesional?

Sí. La historia clínica es el elemento fundamental de valoración de la praxis médica en circunstancias de posible responsabilidad profesional. Ante una solicitud del juzgado, usted deberá hacer entrega de dicho documento, el cual no puede estar manipulado ni modificado. Estos dos aspectos son los que le dan validez como instrumento pericial.

20. ¿Puede utilizarse la historia clínica con finalidad investigadora?

Sí, es una de las utilidades de la historia clínica. No obstante, para realizar estudios científicos utilizando las historias clínicas del centro sanitario donde usted desarrolle su actividad profesional, deberá estar autorizado para ello; además, deberá utilizar métodos que garanticen la separación de los datos administrativos y los asistenciales.

21. Una vez finalizada mi actividad laboral en el centro sanitario, ¿puedo llevarme historias clínicas a mi domicilio para continuar con mi actividad?

No. Las historias clínicas no pueden salir del centro asistencial en el que usted desarrolla su actividad laboral, puesto que es el centro sanitario quien tiene la responsabilidad de la custodia de ellas.

22. ¿Puedo grabar datos asistenciales de pacientes en un soporte informático (lápiz de memoria)?

No es aconsejable. Sin embargo, si usted realiza esta actividad, el lápiz de memoria que utilice debe estar codificado y autorizado para ello.

23. ¿Y si pierdo el lápiz de memoria?

Debe usted comunicarlo inmediatamente a su superior y al responsable de informática de su centro asistencial.

24. Si me traslado de centro asistencial, ¿qué debo hacer con la documentación clínica que tenga en mi despacho, p. ej., algunos informes o resultados de pruebas complementarias?

Toda la documentación médica asistencial debe de estar contenida en la historia clínica del paciente. Si usted ha realizado copias de algunos informes, solicitudes de interconsulta o, p. ej., resultados de pruebas complementarias, y los precisa para su actividad laboral futura, deberá solicitar al centro autorización para llevárselos. Si ya no precisa dicha documentación, la puede destruir, pero no de forma incontrolada.

25. ¿Pueden realizarse controles de calidad asistencial con la historia clínica?

Sí, de hecho es una de las finalidades de la historia clínica y también es un derecho del paciente.



26. Una vez el paciente ha sido dado de alta, p. ej., tras un proceso de hospitalización, ¿quién es el responsable de valorar la historia clínica y archivarla?

El jefe de servicio es el responsable de comprobar en última instancia que la historia clínica se encuentre completa y adecuadamente cumplimentada antes de su archivo.

27. En la circunstancia que realice una prueba complementaria y el resultado sea un diagnóstico grave o bien que sea necesario un tratamiento urgente, ¿qué debo hacer?

Intentar contactar inmediatamente con el paciente, bien sea vía telefónica, correo informático o bien cualquier otra vía de la que usted disponga. Es necesario que haga constar todo ello en la historia clínica.

28. En la circunstancia de que exista mala relación con el paciente o con alguno de sus familiares, ¿debo anotarlo en la historia clínica?

Es fundamental. La historia clínica es un fiel reflejo del proceso asistencial y también de los conflictos que puedan derivarse de la relación médico-paciente o bien con los familiares. Siempre de forma respetuosa, deberán quedar reflejados dichos aspectos.

29. ¿La historia clínica tiene importancia en el ámbito pericial?

Es uno de los elementos más importantes, muchas veces decisivo. Piense que ante una demanda por responsabilidad profesional las decisiones las tomará un juez. Para ello normalmente ordenará la elaboración de informes periciales, que serán realizados por médicos forenses u otros profesionales que el juez designe. Estos informes se basarán, sobretodo, en la historia clínica. De ello se deduce que la historia clínica que usted confecciona es

elemento pericial clave para demostrar la existencia o no de disfunción asistencial.

30. *¿Siempre que hay una reclamación por responsabilidad profesional me pedirán la historia clínica?*

Normalmente sí, y hay que suponer que así será. Es el elemento pericial clave. Confeccionar una correcta historia clínica es un seguro ante una reclamación. Dedíquele el tiempo necesario.

