

HISTORIA CLÍNICA

THE MEDICAL HISTORY

Juan Martínez Hernández

Servicio de Medicina Intensiva.

Hospital Santa María del Rosell.

Cartagena. (Murcia).

Paseo Alfonso XIII, 61. Cartagena. 30203.

Tf.: 968 327301. Fax: 968327305

Resumen

La historia clínica ha estado regulada hasta la actualidad por diferentes disposiciones legislativas con base en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.

Con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se actualizan los derechos y obligaciones de los pacientes o usuarios y profesionales, entre ellos los relativos a la historia clínica.

En el presente artículo, se expone el contenido de la Ley 41/2002 y referencias a otras normas legislativas y fuentes bibliográficas. La Ley define la historia clínica, sus contenidos, funciones y usos, su soporte y conservación, aclara la propiedad de la historia clínica y recoge las características de acceso y custodia, así como la privacidad y confidencialidad de la historia clínica.

Palabras clave: historia clínica, derechos del paciente, documentación.

Abstract

The medical history has been regulated up to date by different legislative dispositions in the General Law of Health 14/1986, 25 of April.

With the Law 41/2002, 14 of November, basic and regulator of the patients autonomy and of rights and obligations of clinical information and documentation, the

rights and obligations of the patients and users and professionals are put up to date, with them the relativity of the medical history.

In this essay, we expose the content of the Law 41/2002, its references to other legislative rules and bibliography references. The Law defines the medical history, its contents, functions and uses, its support and conservation, defines the property of the medical history and the characteristics of its access and custody, as the privacy and confidentiality of the medical history.

Key words: medical history, patients rights, documentation.

1. Definición de historia clínica

La historia clínica es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario.

La actividad hospitalaria o de Atención primaria hará que se pueda hablar de historia clínica o historia de salud respectivamente, pero, en cualquier caso, es un conjunto dinámico en el sentido de experimentar un crecimiento a consecuencia de la asistencia que precise un usuario y el seguimiento que se le realice, ya sea con fines terapéuticos, profilácticos o epidemiológicos.

Es el fruto de la relación entre los profesionales de los servicios sanitarios y los usuarios, y es, sin duda, desde el punto de vista deontológico, el elemento princeps de la relación médico-paciente/persona.

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, define la historia clínica en su artículo 3 como «*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». En el Capítulo V y sus diferentes artículos puntualiza sobre las características y consideraciones recogidas en el sumario y que a continuación iremos desarrollando¹.

2. Aspectos legislativos de la historia clínica en España

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, reconoce el derecho del paciente a que quede constancia por escrito de todo su proceso, en una historia clínica, así como a recibir un Informe de Alta al finalizar su estancia hospitalaria. La historia clínica se identifica por un número único que permite su recuperación rápida en caso de un siguiente proceso asistencial, cause ingreso o no. Debe estar a estos efectos, en un Archivo Central y no debe ser sacado del Centro Hospitalario.

1 Laín Entralgo, P. *La historia clínica. Historia y teoría de un relato patográfico*. Editorial Salvat. Barcelona. 1961. Laín Entralgo, P. *La Historia Clínica*. Triacastela. Madrid. 1998. *Ley General de Sanidad*. 14/1986, de 25 de abril. Madrid. Centro de publicaciones. 1986 y B.O.E. núm. 102, de 29-04-1986. *Ley 41/2002*, de 14 de noviembre, B.O.E. n° 274 de 15 de noviembre de 2002. Madrid. 2002. 40126-40132.

El Real Decreto 63/1995 (BOE 10-02-95) recoge el derecho del paciente, a petición del mismo, a un ejemplar de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma. Así mismo, el Sistema Público debe garantizar la custodia de la historia clínica, asegurando la confidencialidad como derecho del paciente. El acceso a la historia clínica sin autorización, con divulgación o adulteración de datos de la misma, viene tipificado como delito en el Código penal (Artículo 292).

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, define, en su artículo 3: «*datos de carácter personal: cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables*»; en su artículo 7.3, como datos especialmente protegidos recoge: «*los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una Ley o el afectado consienta expresamente*»; en el artículo 8, de datos relativos a la salud, se expone: «*sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 sobre cesión y comunicación de datos y el correspondiente consentimiento del paciente, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad*».

Por último, la referida Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de información y documentación clínica, recoge las prin-

cipales condiciones de la historia clínica en su uso y reglamentación.

3. Origen e inicio de la historia clínica

El elemento fundamental en la historia clínica es la persona o paciente. Se origina la historia clínica con el primer contacto que se establece con el sistema sanitario, bien sea por enfermedad o cualquier tipo de control o inicio de un proceso. El nacimiento de un niño marcaría el punto de inicio de la historia clínica de esa persona en el momento en el que contacta con su pediatra y que supondría una recogida de datos (sexo, peso, talla, valoración tras el parto, etc.) más una primera exploración, no hablando aún de paciente.

Hasta que se generalice esta forma de atención sanitaria al cien por cien de la población y la historia pediátrica tenga su continuación con la historia del médico de cabecera/de familia/general, la historia clínica «nace» en esa primera consulta o revisión de la persona. A nivel hospitalario la historia clínica se origina ante el estudio y atención del paciente por una determinada patología, como un traumatismo, una fiebre o un dolor, o el inicio del seguimiento de un proceso, como por ejemplo el embarazo, en ambos casos pudiendo causar ingreso hospitalario o no.

La actividad asistencial de un sistema sanitario está basada en un sistema de información que además suponga un registro de la actividad generada por la asistencia a un paciente, de donde se deriva la trascendencia del documento desde el punto de vista legal, ético, clínico, asistencial y epidemiológico.

Desde el punto de vista histórico, se observa un giro desde los inicios de la historia clínica en el siglo XIX con la recogida de la vida del paciente como condicionante de la patología, pasando por el inicio del siglo XX con la introducción de la historia clínica para cada paciente en el St. Mary's Hospital por los hermanos Mayo, hasta la extensión en los años 80 de este modelo de recogida y agrupamiento de información en atención primaria. En la actualidad, la historia clínica es el elemento fundamental de trabajo en la práctica clínica, y la historia clínica informatizada facilita de forma importante la labor asistencial.

4. Contenido de la historia clínica

La citada Ley 41/2002, en su artículo 14 indica la «*identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales de cada paciente*»^{2 3}.

En el artículo 15 indica que «*incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente*». Al igual que recogía la Ley General de Sanidad, «*todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en to-*

dos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada».

Basándose en el fin principal de la historia clínica, como el de «*facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud*», los contenidos mínimos de la historia clínica que define la Ley son:

- a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- b) La autorización de ingreso.*
- c) El informe de urgencias.*
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.*
- j) El informe de anestesia.*
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.*
- l) El informe de anatomía patológica.*
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.*
- o) El informe clínico de alta.*

* Sólo exigibles en historias de hospitalización.

Los aspectos relacionados con la asistencia directa del paciente serán cumplimentados por los profesionales que la realicen.

2 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 2002. Madrid. 2002. 40126-40132

3 Yuguero del Moral, L. «Definición, contenido y archivo de la historia clínica: visión deontológica-legal.» En: *La implantación de los derechos del paciente*. León Sanz, P. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra. 2004

El transcurso de cada proceso asistencial va permitiendo la elaboración de la historia clínica. La anámnesis permite obtener la información para centrar la enfermedad; la exploración física aporta datos objetivos sobre el estado de salud de la persona; las exploraciones complementarias aclaran, ayudan y complementan la exploración física; la interpretación de la evolución y los juicios de valor del médico permiten emitir un diagnóstico diferencial, juicio clínico y actitud terapéutica. Ese trabajo que se va sumando con la participación de diferentes profesionales sanitarios va constituyendo la historia clínica,

Así lo recoge la Comisión Central de Deontología en su declaración, que no norma, de 31 de mayo de 2002, sobre la «Ética de la Historia Clínica», en el capítulo II, apartado 5, refiriendo así mismo que al tiempo que permite el diagnóstico y tratamiento finales, «permite conocer la justificación del proceder asistencial».

5. Funciones y usos de la historia clínica

Hablamos de historia clínica como pilar básico de la actividad sanitaria asistencial. La función principal de la historia clínica es la clínico-asistencial y deriva del motivo por el que se genera: la necesidad de tener agrupada toda la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o prevención de la enfermedad⁴.

4 Altisent Trota, R. «Cuestiones éticas en el uso de la historia clínica». En: *La implantación de los derechos del paciente*. León Sanz, P. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra. 2004.

Otras actividades que se llevan a cabo en base a la historia clínica son:

- docente: la formación práctica de los profesionales sanitarios pasa por el manejo de la historia clínica;
- investigación clínica: los diferentes estudios clínicos están basados en la información recogida en la historia clínica, tanto retrospectivos como prospectivos; con la autorización del paciente en su caso y con constancia documental en la propia historia;
- judicial: a veces tanto el mismo proceso patológico como la actividad asistencial por él generada requieren la intervención judicial, siendo la historia clínica el elemento básico de investigación;
- epidemiológica: los estudios epidemiológicos, además de la información que directamente se transmite a los respectivos centros, basan sus fuentes de datos en la historia clínica;
- control de calidad: el análisis de la actividad asistencial y la propuesta de mejoras en la misma nace del estudio del grado de cumplimiento de objetivos reflejado en la historia clínica;
- gestión y administración: el control de la actividad sanitaria requiere tener una base de estudio y análisis de donde sacar conclusiones para la adecuada administración de recursos y planteamiento de planes y objetivos, ésta base de trabajo la proporciona la historia clínica.

El uso de la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud

pública, de investigación o de docencia, viene regulado por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Debe quedar asegurado el anonimato del paciente en el uso de la historia clínica para estos fines, salvo en los clínico-asistenciales y judiciales.

El uso de la historia clínica por el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo será de los datos relacionados con sus propias funciones.

Del mismo modo, funcionarios de inspección, evaluación, acreditación y planificación, pueden hacer uso de la historia clínica «*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*» (Ley 41/2002, artículo 16).

En la utilización de la historia clínica debe quedar constancia del acceso a la misma, así como quedan sujetos al deber de secreto los profesionales que lo hacen.

6. Soporte de la historia clínica

Tanto la propia historia clínica como los elementos en ella contenidos precisan un determinado soporte que asegure su conservación en perfecto estado y permita su acceso rápido.

Los documentos incluidos en la historia clínica pueden estar como:

- papel escrito
- registros gráficos

- estudios radiológicos
- fotografía
- vídeo
- soporte informático.

La identificación de la historia clínica con un número único permite su clasificación en un archivo o Archivo Central, a cargo de los Servicios de Documentación. Los programas informáticos permiten bajo un mínimo soporte físico un rápido acceso a la información de la historia clínica, con el inconveniente, no obstante, de los problemas eléctricos e informáticos que en momentos puntuales puedan imposibilitar el acceso a la misma⁵.

7. Conservación de la historia clínica

El principal objetivo de la conservación de la historia clínica es poder disponer de esa información para posteriores consultas o procesos asistenciales. Por ello los centros sanitarios tienen la obligación de conservarla garantizando su mantenimiento y seguridad.

Otros motivos de conservación son: a efectos judiciales, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación, de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y como fondo histórico documental⁶.

5 Carnicero Jiménez de Azcárate, J. «La historia clínica informatizada». En: *La implantación de los derechos del paciente*. León Sanz, P. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra. 2004.

6 Villar Goñi, J. y cols. «Conservación y proceso de digitalización de un archivo de historias clínicas». En: *La implantación de los derechos del paciente*. León Sanz, P. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra. 2004.

La custodia de las historias clínicas está bajo la responsabilidad de la dirección del centro, y la gestión de la historia clínica en los centros hospitalarios se lleva a cabo a través de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica, integrando en un solo archivo las historias clínicas.

Las medidas derivadas de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y de la legislación reguladora de la conservación de ficheros que contienen datos de carácter personal, son de aplicación a la documentación clínica de las historias clínicas.

Si bien la Ley 41/2002 establece la obligación de los centros sanitarios de conservar la documentación clínica, como mínimo, cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, no hay unanimidad al respecto. Así, a nivel autonómico, las comunidades catalana y navarra establecen el periodo en veinte años y la comunidad gallega lo establece en cinco años, mientras que la extremeña y valenciana no establecen plazo de conservación.

La Comisión Central Deontológica establece un periodo de conservación de la historia clínica de veinte años tras el fallecimiento del paciente.

La prolongación del periodo de conservación de la historia clínica implica la necesidad de espacios y personal para su manejo. Una actitud intermedia respecto al espacio es seleccionar los documentos a conservar de la historia clínica (datos de identificación del paciente, informes de alta, procedimientos quirúrgicos y anestésicos, exploraciones complementarias relevantes, consentimientos informados,

voluntades anticipadas e informes de necropsia), de los cuales puede ser conveniente o necesaria la recopilación de información pasado el transcurso de los años.

En la medicina privada el responsable de la documentación e información clínica es directamente el médico.

La historia clínica informatizada facilita el archivo y conservación de la documentación. Con la informatización, la historia clínica pasa a ser un registro que forma parte de un sistema integrado de información y que, de forma progresiva supone parte de la modernización en las diferentes facetas de la actividad sanitaria.

Además de las características propias de la historia clínica tradicional, tiene las ventajas de rapidez de acceso, constancia del momento y persona de acceso a la misma, el poder recabar la parte concreta de la historia que se precisa consultar, posibilidad de utilización por más de un servicio de forma simultánea y no ocupación de espacio, que a veces facilita incluso la pérdida de parte de la historia.

8. Propiedad de la historia clínica

La propiedad de la historia clínica ha sido ampliamente discutida.

Según la Ley General de Sanidad, la historia clínica es propiedad de las Instituciones en las cuales se produce esa historia clínica y de la cual tiene el derecho y la obligación de custodia.

Por otro lado, la historia clínica se genera desde el momento que el paciente o usuario contacta con el sistema sanitario,

unas veces voluntariamente, otras por necesidad por enfermedad, pero también voluntariamente, y otras, por necesidad, por urgencia o emergencia.

En el primer caso, la persona puede dirigirse a uno u otro centro, es decir, esa historia clínica podría surgir en otra institución que el paciente hubiese elegido. Partiendo de esa premisa y de que se inicia la historia clínica por la información que el paciente nos da (motivo de consulta, antecedentes, síntomas actuales,...) y la que nosotros vamos obteniendo (exploración física, exploraciones complementarias, ...), parece lógico pensar que ese conjunto de documentos que al final será suma de lo que el paciente aporta con su información y lo que los profesionales sanitarios aportamos con nuestro trabajo, sea propiedad de la persona sin la cual no se habría llevado a cabo esa historia clínica.

Creo que merece la pena matizar estos aspectos. Primero, la persona «se pone en manos» de una institución y los profesionales que para ella trabajan. Se hace una anamnesis de esa persona, una exploración física y unas exploraciones complementarias sobre esa persona, un estudio de su cuerpo y sus funciones por los diferentes métodos y técnicas que la Medicina aporta.

A ese punto de evolución del proceso se añade la necesidad de dirección y coordinación del mismo, por parte del médico, como responsable del proceder asistencial. Ello incluye desde la aplicación de sus conocimientos en el ejercicio de la práctica clínica, tanto en el planteamiento de un diagnóstico, diagnóstico diferen-

cial, estudio a realizar, tratamiento y pronóstico, como la realización de sesiones clínicas, consulta con otros especialistas, consulta y documentación bibliográfica, etc., en la búsqueda de la resolución o prevención de la enfermedad.

Pero, la labor del médico es inseparable de la actuación de enfermería en el ejercicio de su profesión, desde la aplicación de las órdenes de tratamiento, técnicas de diagnóstico y estudio, control de constantes, etc., hasta su labor como profesionales más próximos en tiempo y en contacto con los pacientes y familiares y que aporta esa parte de información psicosociofamiliar de las personas que a veces es tan importante para comprender la patogenia de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Es cierto, pues, que los pilares básicos de la asistencia sanitaria, médico y enfermera, son imprescindibles para la labor sanitaria. Pero no podemos olvidar que implica la actuación de otros profesionales, como el celador para el manejo del paciente dentro del hospital, así como la realización de exploraciones complementarias; la auxiliar, en su labor de atención al paciente hospitalizado, en consultas o en atención primaria; y, qué duda cabe, que para que toda esa labor se lleve a cabo es necesario un soporte administrativo, de hostelería y, en definitiva, institucional con todos los servicios que para su mantenimiento son necesarios.

Donde quiero dirigir el pensamiento del lector es al reconocimiento de la necesidad de múltiples profesionales para que el fruto del acto médico quede reflejado

en la historia clínica y sea al mismo tiempo la propia historia clínica. Éste documento quedará a cargo de esa institución y servirá para cumplir sus funciones en el momento que se precise.

Podríamos decir que todos tienen cierta parte de propiedad en tanto en cuanto, por su labor, ha sido posible, pero ¿cuál de ellos puede erigirse como propietario? Tal vez el médico, como autor y coordinador del proceso, y, llegados más lejos, por derechos de autor; o tal vez el propio paciente o usuario, por ser la persona sobre la cual se lleva a cabo el proceso. Pero ¿qué pasaría con «esa propiedad», si el médico cambia de institución o dedicación?, ¿y si el paciente es el que prefiere dirigirse a otras instituciones en posteriores necesidades asistenciales?, ¿precisaría el consentimiento del paciente para pasar la documentación de un médico a otro?⁷.

Si la legislación vigente permite el acceso del paciente a la información contenida en su historia clínica, así como a disponer de ella, ¿qué es más importante, definir la propiedad del documento o asegurar su confidencialidad, custodia y posibilidad de disponer de ella, para el beneficio del paciente en posteriores procesos asistenciales?

La historia clínica es propiedad del paciente; del médico serán los escritos, dictámenes, publicaciones, etc., que re-

dacte fuera del contrato que le une con su paciente o centro sanitario.

9. Acceso a la historia clínica

La Ley General de Sanidad, en su artículo 16 y la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, en su artículo 18, refieren el derecho del paciente al acceso a la documentación de la historia clínica y a copia de los datos que figuran en ella; quedando a cargo de los centros sanitarios la regulación de éste derecho.

Puede ejercerse el derecho de acceso a la historia clínica por representación debidamente acreditada.

Recoge así mismo la Ley que ese derecho no puede hacerse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos de la historia clínica, ni en perjuicio del derecho de los profesionales que han participado en su elaboración (anotaciones subjetivas o datos proporcionados por terceras personas tal vez no se habrían producido, si se hubiese tenido conciencia de que el enfermo pudiera tener acceso a los mismos y por tanto no sujetos a secreto médico, aun pudiendo haber sido de trascendencia para una adecuada resolución del proceso).

Al ser la historia clínica un elemento importante en procedimientos judiciales, tanto de índole civil o contencioso-administrativo, como de naturaleza laboral o de Seguridad Social, tiene amplia base legal en este sentido (Ley Orgánica del Poder Judicial, artículo 17; Ley Orgánica 5/1992 de 29 de octubre, artículo 11.2d; Orden de 18 de enero de 1996; Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio).

⁷ Cantero Rivas, R. «La historia clínica: propiedad y acceso». En: *La implantación de los derechos del paciente*. León Sanz, P. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra. 2004.

Ante la solicitud de la historia clínica por la autoridad judicial, *«el médico tiene derecho a exigir que se precise qué informes o datos de la historia clínica se consideran necesarios por la autoridad judicial»*. Si la reclamación de la historia clínica es por el Juez de Instrucción, el de lo Penal o un Tribunal colegiado actuando en vía penal, ha de enviarse la historia clínica, incluso en soporte original, quedando copia en el centro. A veces, el contacto y colaboración con la autoridad judicial facilita el proceso, al indicar el ingreso hospitalario o proceso asistencial concreto, el motivo de la investigación, la documentación requerida y, a veces, ante historias clínicas muy extensas y voluminosas, la no requerida⁸.

10. Privacidad y confidencialidad de la historia clínica

La relación médico-paciente descansa sobre un pilar básico, que es el secreto profesional. La confidencialidad es el acto de confiar en otro lo que se tiene oculto o reservado; el secreto profesional es el deber que tiene todo profesional de no descubrir esos datos ocultos o reservados y que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión.

Jurídicamente los términos intimidad y privacidad son superponibles; sin embargo, la intimidad hace más referencia a las facetas más reservadas a la vida de

la persona, como domicilio donde hace su vida cotidiana, comunicaciones en las que expresa sus sentimientos; privacidad es un conjunto más amplio, de facetas de la personalidad que pueden mostrar una aproximación a la personalidad del sujeto y que tiene derecho a mantener reservado.

La Constitución Española recoge en su artículo 18 los derechos de las personas en relación a los datos de carácter personal (que se desarrollan en la Ley 15/1999).

En la historia clínica se escriben informaciones recogidas de los pacientes que sólo las confían al profesional médico que se encarga de su proceso. Como hemos venido diciendo, la historia clínica es manejada con fines docentes, de investigación, asistenciales, administrativos, epidemiológicos, etc.; todos los profesionales que a estos niveles intervienen deben guardar la confidencialidad de la información recogida en la historia clínica.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 10, establece *«el respeto a la intimidad y confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso asistencial»*.

La Ley 41/2002, en los Principios Generales, artículo 2: Principios Básicos, establece: *«la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida»*, y en su artículo 7: *«el derecho de toda persona a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley»*. Del mismo modo, indica que los centros sanitarios garantizarán esos derechos mediante normas y procedimientos protocolizados.

8 Martínez Aguado, L.C. y cols. *El derecho del paciente a acceder a su historia clínica*. I Congreso Nacional de Bioética. Madrid. 1996. Adserias, M. y cols. *Situación actual sobre el acceso, custodia y confidencialidad de la historia clínica*. III Congreso Nacional de Bioética. Murcia. 2001.

El Código Penal establece en su artículo 197 las penas en caso de revelación de secreto profesional.

Las Comunidades Autónomas regulan el «derecho del paciente a la confidencialidad de su historia clínica», adaptando la Ley General a leyes autonómicas.

Privacidad y confidencialidad implican respeto a la autonomía de la persona y el establecimiento de la relación médico-paciente, como bases sobre las que diseñar todo el proceso de estudio de la enfermedad, sobre la cual, a su vez, será necesario tomar decisiones que requerirán un previo consentimiento informado⁹.

Para la Organización Médica Colegial, la confidencialidad es un derecho del paciente y es obligación del personal sanitario el guardar en secreto la información recogida en cada acto médico. Sin garantías de confidencialidad peligran otros derechos fundamentales, como la libertad, el derecho al trabajo, a la educación, o la defensa de la salud y de la vida. Los datos médicos pertenecen a cada paciente, el médico actúa como depositario.

11. Custodia de la historia clínica

Hemos venido exponiendo el derecho del paciente al acceso a la historia clínica y la información en ella contenida. Pero, evidentemente, ese documento debe estar

9 Gisbert Calabuig, J.A. y Castellano, M. «Secreto Médico. Confidencialidad e Historia Clínica». *Medicina Legal y Toxicología*. Masson. 1998. Curiel Herrero, J. «La confidencialidad y el secreto profesional en la historia clínica». *Medicina clínica*. Vol. 108. Núm.4. (1997), 143-145.

custodiado de forma que se preserven todos los derechos tanto de paciente como de profesionales. En este sentido, la Ley 41/2002, en su artículo 19, establece que los centros sanitarios deben tener un mecanismo de custodia activo y diligente de las historias clínicas, que permita la recogida, integración, recuperación y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad según los usos de la historia clínica.

12. Aspectos éticos de la historia clínica en la práctica clínica diaria

Viendo las múltiples referencias que en la presente exposición se han hecho a las leyes que regulan los diferentes aspectos de la historia clínica y la exposición hecha de la Ley 41/2002 —objeto del artículo—, cabría pensar que es mayor la preocupación por las cuestiones médico-legales de la misma que el mismo principio y fin de la historia clínica.

Sin embargo, no podemos negar que cada vez con mas frecuencia oímos entre los compañeros y a propósito de determinados casos clínicos: «¿qué dicen los bioéticos sobre esto?», o, «eso no es aceptable éticamente», o, «esa actitud es correcta éticamente».

Cuando las cuestiones afectan a la historia clínica (solicitud de información, copia de informes, etc.), también se alude a la ética para justificar la actitud que se adopte. Parece que se echa en falta algo más que los Códigos de Ética y Deontología.

El terreno de la ética y el derecho se superponen, pero lejos de enfrentarse,

deben complementarse, ya que las bases de una Ley, y como tal justa, deben ser los principios éticos. El jurista tiene claros los preceptos legales que afectan a la historia clínica y, como tal, redacta normas, interpreta situaciones y concluye en soluciones, pero es el clínico el que está frente a la persona que le confía su salud y su intimidad, y a quien se le pide información en situaciones, unas veces aparentemente sin trascendencia (amigos y familiares del paciente, compañeros de trabajo salvo para prestar un servicio al responsable del tratamiento, Ley 15/1999, artículo 12.1, etc.), y otras veces con mayor dificultad (joven mayor de edad diagnosticado de enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, y la madre nos pide el estudio realizado para proponerle a su hijo traslado a otra clínica de aparente mayor experiencia en esa patología).

A veces, no dar la información requerida puede interpretarse como una descortesía o como una falta de competitividad o desconfianza y temor de

que otros profesionales valoren nuestro trabajo, cuando nada más lejos de la realidad, nuestra labor profesional debe estar presidida por la transparencia y la búsqueda de la excelencia. Sin embargo, el dar esa información supone dar a conocer unos datos a unas personas que no sabemos el uso que van a hacer de ellos, incluso sin mala intencionalidad, pero lo que sí sabemos es que no le van a aportar ningún beneficio al paciente, salvo las circunstancias clínicas entre profesionales.

Tal vez ¿deberíamos tener la cultura bioética suficiente para conocer estos aspectos relativos a la información clínica recogida en la historia clínica? Probablemente sí.

Si al paciente lo tratamos en justicia, con respeto a su autonomía, procurando su beneficencia y no la maleficencia, estaremos aplicando los principios de la Bioética, y la información que el paciente nos transmite más la que nosotros obtenemos en el proceder asistencial deben recibir el mismo tratamiento¹⁰.

Recibido 9-02-2006
Aceptado 28-03-2006

10 Herranz Rodríguez, G. *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*. Ediciones Universidad de Navarra S.A. (EUNSA). Pamplona. 1992. Galán Cortés, J.C. *Aspectos legales de la relación clínica*. Jarpyo Editores, S.A. Madrid. 2000. Galán Cortés, J.C. «Relevancia jurídica de la historia clínica». En: *La responsabilidad civil del médico*. Jarpyo Editores. Madrid. 1999. Aquilino Polaino, L. *Manual de Bioética General*. Ed. Rialp, 3ª edición Madrid. 1997.