

EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

Cristina Gómez Piqueras
Inspectora-Instructora de la Agencia Española de Protección de Datos
Antigua, 25 de febrero de 2008

- ▶ **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.**
- ▶ **Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.**
- ▶ **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

- ✓ **La LOPD recoge los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.**
- ✓ **La LAP recoge sólo el derecho de acceso a la historia clínica y de conservación de los datos.**

- ✓ **Por el paciente.**
- ✓ **Por la Inspección.**
- ✓ **Para fines estadísticos.**
- ✓ **Para fines científicos o de investigación.**
- ✓ **Por terceras personas.**
- ✓ **Por los médicos.**

- ***El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.***
- ***El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.***

- ***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.***
- ***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”.***

- ✓ **Ley General de Sanidad establece el derecho del enfermo para acceder a su historia clínica.**
- ✓ **Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece de forma indirecta el acceso a la historia clínica por parte del “interesado” (LRJPAC).**
- ✓ **Ley 41/2002: el paciente tiene derecho al acceso a su historia clínica.**

- ❖ **Edad para solicitar el acceso a la historia clínica.**
- ❖ **Representación exigida para solicitar la historia clínica de otra persona. Plazo de la representación.**
- ❖ **Acceso total a la historia clínica o solo los datos básicos mínimos que se incluyen en el Informe de alta.**

LIMITACIONES AL ACCESO POR PARTE DEL PACIENTE

- ✓ 1) No se facilitarán datos de terceras personas que puedan incluirse en la historia de un paciente por interés terapéutico. (Ejemplo esposos)

ANOTACIONES SUBJETIVAS DEL MÉDICO

- ✓ 2) Se permite al profesional sanitario que sus comentarios o impresiones personales que puede reflejar en la historia en un momento determinado, queden excluidos de ese derecho de acceso, comentarios que tienen trascendencia clínica ya que de otra manera no deberían incorporarse a la historia clínica.
- ✓ ¿Quién podría cancelarlas? ¿El propio médico? ¿Un compañero? ¿La Comisión de historias clínicas del Centro?

- Se produce una colisión entre el derecho del profesional a su intimidad y el derecho del paciente a la información.
- En el sistema sanitario norteamericano se ha regulado específicamente la historia clínica psiquiátrica, diferenciada en:
 - Aspectos personales del paciente, en los que se incluyen deseos, fantasías, sueños, ocurrencias, experiencias íntimas e, incluso, impresiones o interpretaciones del terapeuta (no accesibles al paciente ni a terceros).
 - Aspectos relativos a la evolución clínica del paciente: hechos objetivos, test diagnósticos, tratamientos, ... (accesibles al paciente y que pueden ser usadas en juicios).

ACCESO A DATOS GENÉTICOS POR PARTE DEL PACIENTE

Declaración Internacional sobre datos genéticos de la UNESCO, firmada el 16 de octubre de 2003, diferencia, en este tipo de datos en:

- Datos disociados de una persona identificable: datos no asociados con una persona identificable por haberse sustituido o desligado toda la información que identifica a esa persona utilizando un código.***
- Datos irreversiblemente disociados de una persona identificable: datos que no pueden asociarse con una persona identificable por haberse destruido el nexo con toda información que identifique a quien suministró la muestra.***

- Pueden indicar predisposiciones genéticas de los individuos;
- Pueden tener para la familia, comprendida la descendencia, y a veces para todo el grupo al que pertenezca la persona en cuestión, consecuencias importantes que se perpetúen durante generaciones;
- Pueden contener información cuya relevancia no se conozca necesariamente en el momento de extraer las muestras biológicas;
- Pueden ser importantes desde el punto de vista cultural para las personas o los grupos.

Los datos genéticos humanos y los datos proteómicos humanos podrán ser recolectados, tratados, utilizados y conservados solamente con los fines siguientes:

- Diagnóstico y asistencia sanitaria, lo cual incluye la realización de pruebas de cribado y predictivas.**
- Investigación médica y otras formas de investigación científica, comprendidos los estudios epidemiológicos, en especial los de genética de poblaciones, así como los estudios de carácter antropológico o arqueológico, que se designarán colectivamente como “investigaciones médicas y científicas”.**
- Medicina forense y procedimientos civiles o penales u otras actuaciones legales.**

Declaración Internacional sobre datos genéticos humanos, elaborada por la UNESCO y firmada el 16 de octubre de 2003:

- ***“Nadie debería verse privado de acceso a sus propios datos genéticos o datos proteómicos, a menos que estén irreversiblemente disociados de la persona como fuente identificable de ellos o que el derecho interno imponga límites a dicho acceso por razones de salud u orden públicos o de seguridad nacional”.***

- ***“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”.***
- **Consecuencia: Acceso restringido.**
- **Problema: Creciente judicialización de las actuaciones médicas _ Práctica medicina defensiva**

ACCESO FINES ESTADÍSTICOS, CIENTÍFICOS O DE INVESTIGACIÓN

- ***El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.***

La propia LAP establece la posibilidad de acceso a la historia clínica de un paciente por parte de una tercera persona, pero siempre que haya fallecido. Se dan dos supuestos:

- ❖ **El acceso a la historia clínica completa del fallecido, siempre que no se haya opuesto y que el solicitante tenga relaciones familiares o de hecho con el muerto.**
- ❖ **El acceso, o más bien la información, de una parte de la historia clínica del fallecido a terceras personas cuando haya un riesgo para su salud.**

- ❖ ¿Quién tiene derecho?
- ❖ Forma de acreditar las relaciones de hecho.
- ❖ Si existen varios matrimonios y varias relaciones de hecho, ¿a quién se le facilita?

ACCESO POR LOS MÉDICOS

- **No tiene un carácter ilimitado.**
- **Los límites que se producen son:**
 - **La confidencialidad a la que están obligados los médicos.**
 - **La finalidad, que ha de ser siempre la asistencia al paciente. O bien tiene esa finalidad o cuentan con el consentimiento expreso del paciente.**
 - **Al no ser el titular del fichero, si se va del centro sanitario no puede llevarse las historias clínicas de sus pacientes.**
 - **Acceso a datos anonimizados si el médico accede con fines epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia.**

- **Accesos médicos y Usuarios**
- **La Historia clínica la forma:**
 - ✓ **Historia clínica resumida: se sabe en que Servicios de salud hay datos del enfermo.**
 - ✓ **Informes de Atención Primaria.**
 - ✓ **Informes de Urgencia.**
 - ✓ **Informes de imagen.**
 - ✓ **Informes Laboratorio.**
 - ✓ **Otros informes.**

- **Un paciente de Galicia acude a un médico de Andalucía.**
- El fichero tiene dos posibilidades:**
- **Área Profesionales: Médicos y Enfermería**
 - **Área Usuarios: Accesos y copia.**
-
- ✓ **El médico se identifica en el sistema introduciendo el PIN y al entrar se le indica que debe informar al paciente que va a acceder a sus datos de salud, a todos o a los que necesite. Con el número único de paciente lanza una consulta al SNS.**

- ✓ **El Usuario tiene dos posibilidades**
 - ✓ **Área de accesos a sus datos:** en ella puede saber que Centros sanitarios, servicios de salud han accedido a sus datos, día y hora. No la persona.
 - ✓ **Obtener copias de los informes y datos que le interesen y le atañen.** El sistema, en principio, está planteado para que pueda decidir el paciente a que grupo de datos no permite que accedan desde otras CCAA.

DERECHO DE RECTIFICACIÓN.

El principio de calidad de datos (que los datos sean veraces y estén actualizados) tiene gran trascendencia en los datos recogidos en la historia clínica. La LAP no ha regulado este derecho, ya que, dada la particularidad de la materia, deberían haberse matizado cuestiones tales como que documentación es necesaria para rectificar la historia clínica, plazos de verificación del error del dato, la puede realizar cualquier profesional o el que incluyó el dato erróneo, etc.. La experiencia que tenemos en la Agencia Española de Protección de Datos es que las rectificaciones que se han solicitado van dirigidas a los datos de antiguas drogadicciones justificándose en que ese dato fue cierto en un momento pero ya no. Estas solicitudes no pueden ser atendidas ya que ese tipo de datos (como podría ser una meningitis infantil o la varicela) son adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad de la historia clínica, que no es otra que la asistencia al paciente mediante el conocimiento de todas las patologías.

Exactamente lo mismo que hemos señalado del derecho de rectificación puede señalarse del derecho de cancelación. Este derecho no ha sido regulado específicamente en la LAP, por lo que sería aplicable el principio recogido en la LOPD que señala que los datos deben cancelarse cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados.

