

XXII SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 2 DE DICIEMBRE DE 2003

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ

**LA HISTORIA CLÍNICA Y SU PROBLEMÁTICA A
PARTIR DE LA NUEVA REGULACIÓN LEGAL**
***THE MEDICAL RECORD IN SPAIN AND ITS
PROBLEMS AFTER THE NEW LAWS***

Por el Excmo. Sr. D. VICENTE MOYA PUEYO

Académico de Número

Resumen

Durante los últimos años se han aprobado en España numerosas leyes que afectan a los profesionales de la salud y muy particularmente a los médicos. Dentro de las mismas se ha establecido una nueva ordenación de la historia clínica muy extensa y detallada y que trata de dar respuesta a los problemas relacionados con sus fines, su contenido, su utilización, custodia delimitación de las personas que tienen acceso a las mismas, todo lo cual representa un avance respecto de las situaciones anteriores, aunque en algunas ocasiones pueden ser fuente del aumento de litigios contra el personal asistencial.

Abstract

Within the last few years in Spain many laws have been approved concerning health personnel and chiefly medical doctors. A new order has been

added to the medical history very extensive and in great detail. The aim of those laws is to solve the problems related in the litigious society in connection with the first concern that is good patient care, with its depth, its elements, application, confidentiality, delimitation who can accede to it, all of it seem to be an improvement, but occasionally may be the original of an increase of litigation against the health personnel.

I. INTRODUCCIÓN

Se están promulgando en los últimos tiempos una serie de leyes (41/2002, 16/2003 y 44/2003) que introducen nuevas ideas y conceptos en casi todos los campos de la asistencia sanitaria y muy particularmente en las actividades de los médicos, tanto en el sector público como en el privado, que en cierto modo están originadas por una exigencia social y en líneas generales suponen un avance respecto de las situaciones precedentes y un apoyo en las tareas asistenciales, si bien en ciertos casos por su meticulosidad pueden representar dificultades a la hora de estudiar a los enfermos y sobre todo por la actitud de éstos en determinadas situaciones.

Puede decirse que a la hora de legislar en el terreno de la sanidad y de la medicina han existido a lo largo del tiempo dos criterios diametralmente opuestos:

1. Desde los albores de la humanidad hasta mediados del siglo XX, en cuyo período se admitía que las actividades de los médicos y sus relaciones con los pacientes eran esencialmente privadas, que debían de regirse por el libre entendimiento entre unos y otros y que, por tanto, el Estado no debía inmiscuirse en este campo, lo que se tradujo por la ausencia de normas legales en relación con el quehacer médico.

2. A partir de la segunda mitad del siglo XX se implanta cada vez con mayor firmeza la idea de que la asistencia sanitaria debe extenderse a toda la población, sin excepción alguna y que por ser la persona del enfermo la menos capacitada para asumir los costos de la misma, dicha asistencia debía ser financiada con fondos provenientes del sector público, lo que origina numerosos problemas que no solo afectan al médico y al enfermo, sino a la sociedad entera y que deben abordarse desde los puntos de vista jurídico y económico a fin de conseguir que sea una realidad la asistencia médica para todos y de calidad.

En desarrollo de este segundo criterio y con el objetivo de conseguirlo, se ha producido una amplia proliferación legislativa que

afecta a amplios campos sanitarios y que recientemente se ha traducido en nuestro país, mediante la promulgación de las tres leyes antes referidas que introducen una nueva ordenación de la asistencia médica y comienza a llevarnos al reverso de la medalla, es decir, a creer que todo se resuelve en buena medida con más normas legales, opinión ésta no solo proveniente de los juristas sino también de ciertos sectores médicos.

Como ejemplo de lo precedente traemos hoy aquí una de las múltiples cuestiones abordadas por las leyes mencionadas, lo que justifica que un profesor de Medicina Legal se ocupe del tema de las Historias Clínicas, cuestión ésta que quedó siempre muy distante del contenido de esta especialidad, lo que ahora no sucede como enseguida veremos.

II. PRECEDENTES, CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La historia clínica se introdujo en la práctica médica por Hipócrates (400 a.C) y con diversos altibajos se ha mantenido a través del tiempo, existiendo numerosas referencias de haberse mantenido ininterrumpidamente a partir del Renacimiento, si bien existen relatos provenientes a lo largo de la historia encontrados principalmente mediante el examen de biografías y de textos múltiples en todas las civilizaciones. En muchas ocasiones se trata de textos fragmentarios, encontrándose ya historias sistematizadas a través de múltiples referencias a partir del siglo XVII, observándose como se incorporan nuevos capítulos de un modo paralelo al incremento del saber médico.

Además de la denominación de historia clínica, se ha propuesto por algunos la de patografía, apenas empleada y antes se utilizaba la denominación de ficha médica o clínica, que se encuentra ya casi en desuso, lo que ha acaecido conforme ha experimentado extensión el contenido de las mismas. En la lengua inglesa se utiliza muy comúnmente la de medical records y en italiano la de cartella sanitaria. Entre nosotros la expresión historia clínica ha hecho desaparecer a todas las demás, utilizándose esta denominación también en el lenguaje oficial.

De la historia clínica solo se ocupaban inicialmente los médicos lo que se mantuvo a lo largo de los tiempos mientras tenía como único objetivo la correcta asistencia de los pacientes, pero cuando

los objetivos se modifican parcialmente pasan a interesarse otras personas y entidades. Actualmente son objeto de examen y fundamento de decisiones en determinados casos por parte de los tribunales, que incluso imparten órdenes para que les sean remitidas. Además es tal el interés que despiertan por parte de los juristas que han dado lugar a una amplia proliferación legislativa y a que en los últimos años se hayan elaborado diversas tesis doctorales en las que se analizan los más variados problemas, trabajos que han sido desarrollados siempre por profesionales provenientes del mundo jurídico.

Definiciones

Tratándose de unos relatos tan importantes en el campo de la asistencia sanitaria se comprende que se hayan ocupado un amplio número de autores sobre cualquier aspecto relacionado con las mismas y que muchos de ellos hayan elaborado definiciones, de todas las cuales nosotros vamos a seleccionar aquellas que tienen una más amplia difusión o son de aplicación inmediata entre nosotros, cuales son, la proveniente de la Real Academia Española, la que introdujo en 1943 el profesor Laín Entralgo, las dos que aparecen en la ley 41/2002 de 14 de noviembre y la que, por último, se encuentra en el texto de la Ley 44/2003, publicada el 2 de mayo pasado, todas las cuales seguidamente transcribimos.

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

Relación de los datos con significación médica referente a un enfermo, del tratamiento a que se le somete y la evolución de su enfermedad.

2. PEDRO LAÍN

Es un documento fundamental en el que se recoge la descripción ordenada, completa y precisa de la experiencia que el médico obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes.

3. LEY 41/2002 (I)

Es el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

4. LEY 41/2002 (II)

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

5. LEY 44/2003, ART. 3

El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía y existirá formalización escrita de su trabajo reflejado en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él.

La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

De la lectura de las anteriores definiciones se obtienen una serie de notas que nos señalan los elementos principales que comprenden cada historia clínica, que son los que siguen.

1. Es un documento fundamental, lo que debe interpretarse en el sentido de que es imprescindible y debe preceder en todo caso a la elaboración de cualquier juicio clínico, considerándose una separación de la *lex artis ad hoc* el establecimiento de cualquiera de los juicios clínicos de un paciente, sin que preceda la redacción de la correspondiente historia.

2. Contiene datos del paciente, lo que hay que interpretar en el sentido de que es precisa una historia clínica para cada paciente no pudiendo englobar nunca a varias personas y, además debe subrayarse que la historia clínica se refiere a un paciente, lo que supone que puede tratarse tanto de un sujeto enfermo, como sano, lo que acaece cada vez con más frecuencia, como es el caso de las historias clínicas de los trabajadores, las correspondientes a los deportistas, muchas de las que se elaboran en el campo de la medicina preventiva, las correspondientes a los niños, etc.

3. Contiene datos sobre información y valoración crítica. La mayoría de los tratadistas consideran que ante la imposibilidad de recoger toda clase de información respecto del paciente, debe circunscribirse ésta a la información de relevancia, es decir la que pueda tener interés a la hora de adoptar decisiones u órdenes médicas.

4. A lo largo de todo el proceso asistencial. Lo que debe entenderse que queda incluido en el relato toda la información útil desde el momento en que se inicia la relación médico-enfermo hasta que se pone fin a dicha relación por cualquiera de las causas admitidas.

III. LA HISTORIA CLÍNICA COMO ACTIVIDAD DOCUMENTAL

Dentro de los documentos médicos la historia clínica, como veremos en el cuadro siguiente es uno de los más frecuentes, dado que se encuentra muy superado por los certificados médicos y sobre todo por las recetas. Ahora bien aún admitiendo la anterior realidad no deja de ser menos cierto que la historia clínica genera una conflictividad muy superior a los anteriores documentos e incluso conflictividad de mayor gravedad, motivado ello por la modificación parcial acaecida en sus objetivos como veremos en el capítulo V.

En los momentos presentes la actividad proveniente de cada uno de los tres documentos antes señalados en la que figura en el cuadro siguiente, referida al año 2002.

<u>ACTIVIDAD DOCUMENTAL</u>		
RECETAS	CERTIFICADOS	HISTORIAS
590.000.000/año	3.500.000/año	420.000/año
Tendencia →▲ +7-10 %/año	Defunción Enfermedad	Tendencia →▲
Acumulación en los últimos años	Conducir Armas Otros Tendencia →▲	
Prof. Vicente Moya Pueyo		

CUADRO 1.

IV. OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

A lo largo del tiempo la historia clínica solo ha tenido un objetivo, el asistencial, el obtener y servir de soporte para una correcta asistencia médica, para elaborar correctamente los juicios clínicos. Este objetivo que se mantuvo a lo largo del tiempo como único a alcanzar, ha sido adicionado actualmente de otros varios, si bien el objetivo asistencial se considera el principal admitiéndose ello por la reciente Ley 41/2002 y, en general por todos los autores que se ocupan de los fines de la historia clínica, este objetivo es el que persiguen los pacientes en todo caso.

Con el transcurso del tiempo y a partir del momento en que se amplió la asistencia sanitaria al sector público, enseguida aparecen otras personas y entidades distintas del médico y del paciente que consideran que además del objetivo inicial las historias clínicas deben comprender otros fines, habiéndose concretado los mismos en los siguientes (cuadro 2):

<u>OBJETIVOS</u>	
ÚNICO OBJETIVO HISTÓRICO	OBJETIVOS ACTUALES
<p>LA CORRECTA ASISTENCIA MÉDICA</p> <p>(elaborar juicios clínicos acertados)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASISTENCIALES (elaboración de juicios clínicos) 2. DOCENTES 3. INVESTIGADORES 4. SANITARIOS <ul style="list-style-type: none"> - Declaración de enfer. - Adopción de medidas 5. ADMINISTRATIVOS 6. ECONÓMICOS 7. CONTROL DE CALIDAD 8. JUDICIALES <ul style="list-style-type: none"> - Partes - Medios de prueba
<p>Prof. Vicente Moya Pueyo</p>	

CUADRO 2.

1. Asistenciales.
2. Docentes.
3. Investigadores.
4. Sanitarios: declaraciones de enfermedades, adopción de medidas sanitarias, estadísticas, etc.
5. Administrativos: toma de datos para la Administración y su utilización posterior.

6. Económicos: valoración de costos.
7. Control de calidad de la asistencia.
8. Judiciales: partes médicos, medios de prueba en los procesos, etc.

El paciente acude al médico con fines asistenciales, para mejorar su nivel de salud, para curarse y en base a ello mantiene una actitud que es fundamental en la correcta asistencia médica y que está representada por los dos caracteres siguientes:

1. La sinceridad, tratando en todo momento de suministrar al médico la información más correcta y precisa posible y
2. La colaboración, a la hora de cumplir en todo momento las indicaciones médicas.

Si el paciente conoce *a priori* que los datos por él facilitados pueden utilizarse con otros fines (cualquiera de los siete restantes) y que los datos de la historia clínica pueden perjudicarlo gravemente y que ésta en vez de ser un instrumento valioso para su curación o mejora del nivel de salud puede, por el contrario, perjudicarlo desde el punto de vista económico, social, en cuanto a su imagen se refiere, etc., o bien mantendrá otra actitud seleccionando en el relato al médico aquello que cree que le conviene o bien no acudirá al médico, con perjuicio de la calidad asistencial o limitación o supresión de la asistencia en ciertos casos.

Esta realidad es la que origina numerosas situaciones conflictivas, que han incrementado como veremos la legislación sobre el tema pretendiendo resolver los problemas anteriores con la señalada proliferación legislativa.

V. PARTES, CLASES Y CARACTERES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Partes de la historia clínica

Las partes de la historia clínica vienen a representar la división o fragmentación del contenido completo de la misma. Conforme se incrementan los conocimientos médicos se adicionan bien partes o capítulos nuevos y en aquellos otros supuestos en que lo nuevo que se incorpora guarda determinada similitud con alguna de las par-

tes preexistentes, se incorpora a la misma, sin que constituya un capítulo nuevo.

En los momentos presentes se admite la existencia de una serie de capítulos o partes de la historia clínica de una manera generalizada y que el médico ha de incluir en todo caso dado que de lo contrario, no se dispondría de la información necesaria.

Estas partes son las que se refieren en el cuadro siguiente:

<u>PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA</u>
1. FILIACIÓN DEL PACIENTE
2. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
3. RELATO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL
4. ANAMNESIS POR APARATOS Y SISTEMAS
5. EXPLORACIÓN FÍSICA, INSTRUMENTAL Y FUNCIONAL
6. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD
7. JUICIOS CLÍNICOS
8. NECROPSIA, EN SU CASO
9. FINAL DE LA RELACIÓN MÉDICO - ENFERMEDAD Y SUS CAUSAS

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 3.

Clases de historias clínicas

Al ser tan elevado el número de historias clínicas ha surgido desde hace bastante tiempo la necesidad de su clasificación sobre lo cual se vienen siguiendo diferentes criterios por autores. Las clasificaciones que han logrado mayor aceptación son las que figuran en el cuadro n.º 3, que aparece seguidamente.

De acuerdo con estas clasificaciones en principio cabría agrupar las historias clínicas en dos apartados diferenciados: Historias clínicas abiertas, en las que todo quedaría bajo la libertad del médico respecto de la inclusión o no de cualquier dato o información. Frente a ellas se encuentran las historias clínicas cerradas en las cuales existe una enumeración de datos a incluir de una manera obligada, dejando siempre por supuesto cierto margen de libertad a efectos de incluir o no otra serie de datos que no figuran en la descripción previa. El ejemplo más claro de este grupo es la Historia Clínico-

CLASES DE HISTORIAS
CLÍNICAS

- ABIERTAS O CERRADAS
- GENERAL O DE ESPECIALIDAD
- ENFERMOS O NO
 - DEPORTISTAS
 - TRABAJADORES
 - NIÑOS

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 4.

Laboral en la cual gran número de datos viene relacionado *a priori* de una manera genérica, a efectos de su inclusión posterior por el médico.

Otra manera de establecer una clasificación de las historias clínicas es la de agruparlas en los apartados de Historia Clínica General o de Historia Clínica de Especialidad. En este segundo caso y tras ocuparse de ciertos datos o informaciones de tipo general se pasa rápidamente a extenderse en profundidad en lo concerniente a la especialización médica de que se trate.

Por otra parte, se acostumbra también a establecer la clasificación de historias correspondientes a enfermos y frente a ellas las correspondientes a personas sanas como son, en buena medida, la correspondiente a los deportistas, trabajadores, las realizadas por los servicios de medicina preventiva, etc.

Caracteres de la historia clínica

La mayoría de autores que se han ocupado de la historia clínica han señalado que ésta deberá reunir una serie de caracteres que Laín Entralgo estableció en cuatro y que posteriormente, de acuerdo con la experiencia dictada por la práctica se han elevado a los ocho que figuran en el cuadro siguiente:

CARACTERES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. DOCUMENTO FUNDAMENTAL
2. ORDENADA POR INICIATIVA DEL MÉDICO
3. ELABORADA BAJO LA DIRECCIÓN DEL MÉDICO
4. COMPLETA:
 - DATOS FACILITADOS POR EL ENFERMO O SUS FAMILIARES
 - DATOS OBTENIDOS MEDIANTE EXPLORACIONES
 - DATOS OBTENIDOS POR EL ANÁLISIS DE LOS ANTERIORES
5. ORDENADA
6. PRECISA
7. LEGIBLE
8. ELEGANTE

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 5.

La primera característica es el reconocimiento de que se trata de un documento fundamental, imprescindible para la correcta actuación del médico con anterioridad de cualquier juicio clínico.

Otro carácter es que sea ordenada por iniciativa del médico, a quien corresponde determinar si procede o no iniciar su redacción y del mismo modo la dirección a la hora de establecer la configuración particular de la misma y las informaciones y datos que hayan de recabarse corresponde también al médico, por ser el único profesional que al conocer en extensión toda la patología se encuentra capacitado para decidir en este campo.

Señalan también los tratadistas que otro carácter de la misma es la de ser completa, debiéndose recabar a estos efectos los datos de interés del enfermo y sus familiares los provenientes de las exploraciones realizadas y los obtenidos mediante el análisis y valoración de los antes señalados.

Para su mayor eficacia se le exige a la historia clínica el que siga un orden preestablecido, como el que figura en el cuadro n.º 2 y que sigue un orden secuencial, lógico que evita la aparición de repeticiones y permite elaborar los juicios clínicos.

Otra característica que se exige a las historias clínicas y en la que existía Laín Entralgo es la de ser precisa. Es decir, que las descripciones que se realicen permitan diferenciar los distintos fenómenos, los distintos elementos y los distintos procesos de otros próximos, para lo cual podemos valernos de la utilización de toda suerte de

datos técnicos, nomenclaturas científicas y expresión de los resultados en cifras siempre que sea posible, así como transcribir los resultados de los distintos fenómenos y procesos a través de gráficas, imágenes y valoraciones analíticas.

A lo precedente debe añadirse otra característica, la de ser legibles en toda su extensión, sin que se preste a dudas la interpretación de la escritura en ningún supuesto, dado que ello conduciría a la adopción de decisiones erróneas y a la confusión a la hora de elaborar los juicios clínicos. Lo señalado en este párrafo puede obviarse mediante el empleo del ordenador, lo que no siempre es posible a la cabecera del enfermo, en situaciones de urgencia y otras, lo que obliga a algunos médicos a realizar manuscritos en relación con los cuales hay que prestar sumo cuidado a fin de no caer en los errores señalados.

Por último, incluyen muchos tratadistas el carácter de elegante en cuanto al estilo se refiere y que puede conseguirse aún teniendo que realizarlas sin apartarse de los restantes caracteres.

VI. LEGISLACIÓN SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

Con la finalidad de alcanzar todos y cada uno de los objetivos que vimos en el capítulo IV se ha introducido en nuestro país y prácticamente en todos los desarrollados una extensa legislación que se ocupa de la historia clínica en general o bien de alguno de sus apartados o de los aspectos más comunes de las mismas.

Tras una revisión de las distintas normas publicadas en relación con la historia clínica hemos elaborado un listado que aparece, por grupos, en los cuadros 6, 7, 8 y 9.

En el cuadro n.º 5 se incluyen las declaraciones y recomendaciones más importantes en relación con los datos e informaciones médicas y biológicas que, aunque a la hora de su redacción no se pensó de un modo concreto en las historias clínicas repercuten en el contenido de las mismas y sobre todo en el tratamiento que debe darse a este contenido a fin de preservar los citados derechos.

En el cuadro n.º 6 figura la serie de normas incluidas en nuestro derecho positivo hasta el momento en que apareció la Ley General de Sanidad y que en muchos casos hacen referencia expresa a la historia clínica. Así nos encontramos con el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa, del año 1959, donde se establece la

LEGISLACIÓN SOBRE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

I. DECLARACIONES Y RECOMENDACIONES

1. DECLARACIONES SOBRE DERECHOS HUMANOS (ONU 1948)
2. DECLARACIÓN SOBRE PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN EUROPA (Oficina regional de la OMS 1994)
3. DIRECTIVA DE LA UE 95/46, DE 24-10-1995. DATOS RELATIVOS A LA SALUD
4. RECOMENDACIÓN 13/1997 DEL CONSEJO DE EUROPA sobre petición de datos médicos
5. CONVENIO RELATIVO A DERECHOS HUMANOS Y BIOMEDICINA (Declaración de Oviedo 4-10-1997)

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 6.

obligatoriedad de la Historia Clínico-Laboral en el caso de determinados trabajadores. Dentro de este mismo grupo de disposiciones legales aparece el Decreto 2766/67, sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria en el régimen de la Seguridad Social, mediante el cual se crearon las Comisiones de Historias Clínicas y se autorizó la constitución de los Servicios de Historias Clínicas, todo ello en las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social. Dentro de este apartado hay que incluir a su vez lo recogido en la propia Ley de Sanidad, del año 1986, donde por primera vez se hace una descrip-

LEGISLACIÓN SOBRE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

II. ANTERIOR A LA LEY GENERAL DE SANIDAD

1. REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMPRESA (O.M. 21-11-1959 establece la ficha médico-laboral y Cartilla Sanitaria)
2. DECRETO 1766/67, DE 16-11, Normas sobre Asistencia Sanitaria en el Régimen General de Seguridad Social. Crea las Comisiones de Historias Clínicas y los Servicios de Historias Clínicas
3. O.M. 28-7-1971. JERARQUIZACIÓN DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Arts. 6,a,b; 7.2; 19.2)
4. CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, 1978 (Arts. 18.1 y 18.4)
5. LEY GENERAL DE SANIDAD DE 25-10-4-1986. Arts. 10, 11 y 61

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 7.

**LEGISLACIÓN SOBRE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS**

III. POSTERIOR A LA LEY GENERAL DE SANIDAD

1. LEY ORGÁNICA 1-1982 de 5 de mayo. PROTECCIÓN AL HONOR, A LA INTIMIDAD Y A LA PROPIA IMAGEN
2. Decreto del Gobierno Vasco 272/1986 de 25 de noviembre
3. Decreto del Gobierno Valenciano 56/1988 de 25 de abril
4. Código de Deontología Médica de la OMC. Art. 15
5. Ley del Medicamento. Arts. 85.5, 96 y 98
6. Código Penal de 1995
7. R.D. 63/1995. Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Público de Salud

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 8.

ción de las historias clínicas y se señalan normas de acceso a las mismas, de su redacción y sobre el mantenimiento del secreto profesional (art. 61), todo lo cual se recoge en el cuadro n.º 7.

La legislación posterior de la Ley General de Sanidad proviene de una serie de normas tendentes a preservar ciertos derechos fundamentales, como la intimidad, el honor, etc., como son, la Ley Orgánica 1/1982 de Protección al Honor, a la Intimidad y a la Propia Imagen y la Ley Orgánica 15/1999, sobre Protección de Datos de Carácter Personal. Por otra parte, aparecen otra serie de normas

**LEGISLACIÓN SOBRE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS**

III. POSTERIOR A LA LEY GENERAL DE SANIDAD (Cont.)

8. LEY ORGÁNICA 15-1999 de Protección de Datos de Carácter Personal
9. LEY BÁSICA 41-2002 REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
10. LEY 16-2003 DE 21 de 28-5 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
11. R.D. 1277-2003 de 10-10. Bases Generales para la autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
12. LEY 44-2003 de 21-11 de Ordenación de Profesiones Sanitarias

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 9.

específicas sobre historias clínicas y la documentación médica, que se ocupan de la parte nuclear de la historia clínica, concretando cuál debe ser su contenido, cuáles deben ser los usos de la historia clínica, quienes tienen derecho al acceso a las historias clínicas y otra serie de aspectos que se incluyen en los cuadros números 10, 11 y 12 siguientes.

CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

La H.C. incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

El contenido mínimo será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- 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 anestesista.
- 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.

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 10.

USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Los profesionales sanitarios del centro realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada atención.
2. Cada centro establece los métodos que posibilitan en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.
3. El acceso a la historia clínica.

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 11.

DERECHO DE ACCESO A LA H.C.

1. El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.
2. El anterior derecho 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.

Prof. Vicente Moya Pueyo

CUADRO 12.

VII. CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Por lo que respecta al contenido, como vemos en sus respectivos cuadros comprende, en primer lugar una descripción genérica en la que se señala que se incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que se concrete ni detallen los límites de esa información trascendental, aunque se señala que el contenido mínimo será el incluido en todos y cada uno de los 20 epígrafes que figuran en el correspondiente cuadro, contenido que puede ser difícil obtener en su integridad, que puede no ser necesario totalmente y en todos los casos para doptar decisiones correctas y que puede ser origen de conflictos y perturbaciones en la relación médico-paciente. A lo precedente debe añadirse que aún siguiendo todos y cada uno de los veinte apartados anteriores, se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencia.

VIII. USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Por lo que se refiere a los usos de la historia clínica vienen concretamente determinados en el art. 17 de la Ley 41/2002 y que se

recogen en el cuadro n.º 11, detallándose que 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. 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 ésta considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínicos asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

Por lo que se refiere a los derechos de acceso a la historia clínica se recogen en el cuadro n.º 12, tomado de la citada Ley.

IX. CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Por último, se ocupa la Ley de la conservación de las historias clínicas señalándose que corresponde a los Centros Sanitarios la obligación de conservar la información clínica en condiciones que garanticen su concreto 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 del alta de cada proceso asistencial, siendo aplicables a estos supuestos 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 lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

X. OTROS PROBLEMAS

Además de los problemas analizados anteriormente, quedan pendientes otros dos, uno relacionado con los aspectos legislativos sobre la historia clínica y el segundo se ocupa del consentimiento del paciente para la redacción de la correspondiente historia.

1. Un grupo de juristas entre los que se encuentra al profesor Méjica, vienen proponiendo en los últimos tiempos la aprobación de un estatuto sobre la historia clínica, que comprenda tanto los aspectos sustantivos como los formales. Aducen en pro de dicho estatuto el que en la historia clínica se comprenden numerosas informaciones realizadas directamente con derechos fundamentales del enfermo, y por otro lado, que éste queda en situación de indefensión si persisten los procedimientos actuales, carentes del rigor suficiente que en ocasiones no permiten obtener de las historias clínicas los datos necesarios como medios de prueba tanto ante la administración de justicia como en la sanitaria.

Frente a ello debe señalarse que en la historia clínica lo fundamental son los aspectos médicos, el conseguir unos correctos juicios clínicos, no quedando claro que ello se consiga aumentando el número de normas legales, mientras que, por el contrario, si que puede aumentarse la litigiosidad en relación con sus niveles actuales ya bastante elevados.

Piensan los juristas de cuerdo con su formación que se pueden dictar normas de procedimiento para el caso que nos ocupa, extensas y precisas, como acaece en el campo del derecho penal civil, laboral, etc., ignorando la realidad de la medicina, ciencia que estudia lo que es, los fenómenos que se presentan en cada momento, frente al derecho que analiza lo que debe ser y, por tanto, más fácil de someter a normas.

2. El segundo aspecto del que queremos ocuparnos es el del consentimiento por parte del enfermo para que se redacte su historia clínica, es evidente que este consentimiento no es necesario de acuerdo con lo establecido por nuestra Ley de Sanidad por no constituir la historia clínica una mera intervención quirúrgica o médica, ahora bien en el supuesto de recabar dicho consentimiento es evidente que habría de informársele al paciente de que cuanto dijera al médico o se investigase como consecuencia de los trabajos ulteriores podría ser utilizado con otros fines distintos a los que él persigue, es decir, mejorar su nivel de salud u obtener la curación. Posiblemente aparecerían casos de negativa frontal, casos de simulación o disimulación de la información facilitada, todo lo cual iría en perjuicio de la calidad de la asistencia sanitaria, máxime con la situación real existente en los momentos presentes en España en que como hemos visto se ha desarrollado ampliamente la legislación en el campo sanitario desde la vertiente de los derechos del enfermo,

pero nada se ha realizado en cuanto se refiere a la situación y a la práctica de los profesionales a pesar de estar ello refrendado por la vigente Constitución española, cuando en su artículo 24, párrafo último dice: *la ley regulará los casos en que, por razones de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos*».

Aún con este mandato constitucional nada se ha dictado en relación con el secreto profesional en el campo sanitario, aún habiendo transcurrido ya 25 años desde su aprobación.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. AULLO CAVES, M., PELAYO PARDO, S.: *La historia clínica. Monografías de la Asociación Española de Derecho Sanitario*, 1997.
2. CAJADE FRÍAS, J. M. et al: «¿Podemos informatizar nuestro Archivo de Historias Clínicas? *Acta Otorrinolaringológica Española*, octubre 2001.
3. DARWAL, L.; MCMAHON, M.; PITERMAN, L.: «Medico-Legal Knowledge of general practitioners: disjunctions, errors and uncertainties». *Journal Law Medicine*, november 2001.
4. HERRANZ, G.: *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Eunsa, Pamplona 1992.
5. MARTIN CINTO, C.: *La historia clínica informatizada*, Universidad Complutense, Madrid 1982.
6. MÉJICA GARCÍA, J. M.: *La historia clínica. Estatuto básico y propuesta de regulación*. Tesis Doctoral, Facultad de Derecho de Oviedo 1992.
7. MOYA PUEYO, V.: *La historia clínica en Odontología*. Capítulo del libro *Odontología Legal y Forense*, Masson, Barcelona 1993.
8. PIGA RIVERO, A.: *La historia clínica. Deontología, Derecho y Medicina*. Colegio de Médicos de Madrid 1976.
9. SÁNCHEZ CARO, C. y SÁNCHEZ CARO, J. M.: *Protección de datos de carácter personal relativos a la salud*, Agencia de Protección de Datos, Madrid 1999.

PALABRAS FINALES DEL PRESIDENTE

El Prof. Moya ha hecho una descripción perfecta y evolutiva de la historia clínica, el gran documento médico. Es difícil añadir alguna cosa a lo que el Prof. Moya nos ha explicado. Siempre me chocó como la historia clínica tan conocida, es en la época actual cuando sobrevienen leyes sobre leyes; lo ha explicado muy bien, y hasta oyendo al Prof. Moya se da uno cuenta el por qué esto es así. Una vez más debo felicitarte por la contribución que tus conocimientos de medicina legal nos han orientado y nos han enseñado en este

capítulo tan médico como la historia clínica, que es la cuestión fundamental del quehacer médico. Nuestra felicitación.

Se levanta la sesión.