

A. DERECHO CIVIL	HISTORIAL MÉDICO: DERECHOS DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE	Núm. 107/2002
-------------------------	---	--------------------------

José Ignacio ATIENZA LÓPEZ
Secretario Judicial

• **ENUNCIADO:**

Don AAA ha quedado viudo recientemente como consecuencia del fallecimiento de su esposa tras una penosa dolencia. El citado y sus dos hijos mayores de edad, estimando que la paciente no fue adecuadamente tratada, se plantean una reclamación de responsabilidades en vía judicial contra el facultativo que la atendió así como contra el hospital en el que estuvo ingresada la fallecida, si bien, a la hora de consultar con su letrado sobre las posibilidades de éxito de la acción judicial, se hallan ante una grave dificultad que les impide preparar la futura demanda, cual es el hecho de que carecen de los elementos esenciales, que les servirían de soporte. En concreto no tienen el historial original médico y clínico completo de la fallecida, ni tampoco los resultados de las pruebas a las que fue sometida o sus soportes.

Personados en diversas ocasiones ante los responsables del hospital solicitando el historial original y los restantes elementos del mismo, se ha producido una negativa en todos los casos a su entrega e igual resultado se obtuvo por don AAA, cuando realizó la misma reclamación al propio médico encargado de dirigir el tratamiento de la fallecida. Ante ello, han sido requeridos notarialmente con el mismo fin, tanto el hospital como el facultativo, con resultado similar al apuntado.

Don AAA desea saber qué puede hacer legalmente para lograr la entrega forzosa del historial médico que precisa y qué posibilidades tiene de obtener, en su defecto, copia de la historia clínica.

• **CUESTIONES PLANTEADAS:**

- Obligación de entrega del historial médico y secreto profesional.
- Derechos del paciente.
- Deontología profesional.

• **SOLUCIÓN:**

Se llama historia clínica a la materialización de la relación entre el paciente y su médico o el paciente y el equipo sanitario y facultativo que le ha atendido. Además el Código de Ética y Deontología médica establece que «el acto médico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha clínica. El Médico está obligado a conservar los protocolos clínicos y los elementos materiales de diag-

nóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo, previo conocimiento del paciente, podrá destruir el material citado sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. Las historias clínicas se redactan y conservan para facilitar la asistencia del paciente, prohibiéndose cualquier otra finalidad a no ser que se cumplan las reglas del secreto médico y se cuente con la autorización del médico y del paciente. El médico está obligado a solicitud y en beneficio del enfermo a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas». La finalidad de la historia clínica es la de recoger todos los datos sobre el estado de salud o de enfermedad de la persona que consulta o que recibe atención sanitaria; de esta manera la lectura de la historia clínica en un momento determinado permite conocer los resultados de las exploraciones de ese paciente, su estado de salud, su diagnóstico, el tratamiento que sigue, sus respuestas al tratamiento o las previsiones futuras hacia otras pruebas diagnósticas u otras alternativas de tratamiento. Pero además la historia clínica tiene otra importante finalidad que será la de servir como fuente de información, información que se ofrecerá a todos los profesionales que componen el equipo asistencial de un paciente para que conozcan en cualquier momento todas las incidencias ocurridas. Así, si el paciente cambia de médico o de hospital, la transmisión de la historia clínica proporcionará a los profesionales que lo atiendan todos los antecedentes médicos del paciente, la posibilidad de extraer de la misma datos que permitan la emisión de certificados o informes sobre el estado clínico del paciente con fines diversos y por último **pueden servir como medio de prueba ante los Jueces y Tribunales a la hora de determinar la existencia de una actuación incardinable en una imprudencia o negligencia profesional.**

Así pues, se hace preciso determinar, sin perjuicio de otras consideraciones que más adelante apuntaremos, si el historial clínico de un paciente es propiedad del mismo y quiénes están legitimados para tener acceso a sus datos. Para abordar la primera cuestión hay que partir de que en cualquier profesión, los datos que recoge un profesional para formar su expediente o su fichero, nunca podrán ser propiedad de un tercero aunque sea discutible la naturaleza de tercero en relación con el propio interesado. Pero la otra faceta del problema es si este tercero interesado puede obtener copia certificada de la totalidad de la historia clínica, bien propia o bien de un familiar directo. Obsérvese que cuando cualquier persona acude a una entidad pública, se le da copia de la actuación de que se trate, pero no del original (piénsese en la copia de la denuncia que el denunciante recibe en comisaría, o las copias de las actuaciones judiciales que las partes tienen derecho a obtener del órgano judicial, etc.). Desde el punto de vista legal, las disposiciones relativas a esta cuestión tampoco arrojan demasiada luz sobre el tema y así en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, en la concordancia del artículo 10.5.º y 15 se señala que «Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: a que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento». «Igualmente tiene derecho a que quede constancia escrita de su proceso y a finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria y el paciente, su familiar o persona a él allegada recibirá su informe de Alta». Por su parte el artículo 61 del citado texto señala que «en cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos dentro de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo así como a los efectos de inspección médica o para fines científicos, debien-

do quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar secreto por aquellos que tengan acceso a la historia clínica».

La literal interpretación de estos escasos preceptos existentes en la materia parece que en principio excluyen la entrega de la historia clínica tal y como lo entiende el protagonista de nuestro caso, pues el precepto habla de información completa y continuada de su proceso, lo que vendría a querer decir que, en realidad, el precepto se refiere a información durante el curso evolutivo del paciente, o sea, *a contrario sensu*, no está previendo la ley la entrega de información *post mortem*. Hay por tanto en la materia una laguna legal importante que obliga a buscar criterios y referentes en la jurisprudencia y equidad.

Por su parte, también el artículo 10 antes citado establece el derecho de todos a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, lo que plantea un primer obstáculo a la entrega absoluta de todos los datos que posea el médico del paciente y ello por dos razones: la primera que la historia clínica comprende no sólo datos objetivos, que éstos sí deben serle entregados al paciente que lo reclama sobre la atención recibida, sino además datos personales y propios de estudios e hipótesis e impresiones subjetivas del médico, que no pertenecen al paciente sino al facultativo que le atendió. Y la segunda que la propia Ley de Sanidad habla también de la confidencialidad de los datos, o sea, del secreto médico. Pudiera ocurrir que el propio paciente fallecido hubiera revelado datos propios e íntimos al médico que no quisiera que trascendieran a sus familiares más allegados. Por tanto, tampoco es lo mismo la entrega del historial médico al propio paciente que la entrega realizada a un familiar del paciente.

Por tanto cabría concluir que don AAA tiene derecho a que le sea entregada la copia de la documentación y soportes correspondientes de la información objetiva y veraz sobre la evolución clínica del paciente, consistente en copia de la historia clínica, pruebas que se practicaron y su resultado y aquellos otros datos que permitan al interesado ejercer sus acciones legales, pero no tiene derecho a que se le proporcionen datos de la historia que infrinjan el secreto médico, debiéndose respetar el derecho de custodia que ostenta el propio médico y centro sanitario donde prestó sus servicios y el paciente fue tratado.

• **SENTENCIAS, AUTOS Y DISPOSICIONES CONSULTADAS:**

- **Ley 14/1986 (General de Sanidad), art. 10.**
- **STC de 11 de diciembre de 1989.**
- **SAP de Alicante, de 6 de julio de 2001.**