

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

5

## Historia clínica y documentación sanitaria

Manuel Marcos Robles<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico Especialista en Oftalmología. Doctor en Medicina y Cirugía. Director Clínica Oftalmológica Las Claras. Salamanca.



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE OFTALMOLOGÍA

## OBJETIVOS

Conocer la normativa aplicable a la Historia clínica (HC) y el marco y funciones de su uso clínico, administrativo, judicial, epidemiológico, docente y científico.

## INTRODUCCIÓN y NORMATIVA

La historia clínica (HC) da constancia de los actos médicos que implica la relación médico-enfermo y debe realizarse y custodiarse para una buena praxis médica. El paciente es el protagonista de su historial clínico iniciado en la primera consulta y recogerá tanto los datos de la anamnesis como los de las exploraciones realizadas, así como el juicio diagnóstico, las prescripciones recetadas y los tratamientos realizados en la clínica, sean de forma ambulatoria o con ingreso hospitalario. Favorecerá el adecuado seguimiento y tendrá trascendencia clínica, epidemiológica, ética y legal.

Debe ser lo más completa posible, con información fidedigna facilitada por el paciente en la realización de la anamnesis. Será ordenada y clara, de fácil lectura y comprensible por quien la tenga que revisar, favoreciendo la participación de equipos sanitarios y con identificación del que en cada momento añade datos a la historia por la responsabilidad ética y legal que pudiera derivarse del acto médico.

La **Ley 41/2002**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica señala las condiciones de uso y reglamentación de la HC y la define 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*». Tiene una alta carga deontológica en la relación médico-paciente por cuanto puede incluir juicios clínicos, indicaciones terapéuticas, evolución de los procesos, consentimientos informados, documentación clínica proporcionada de otros sanitarios, y todo ello ordenado de forma secuencial.

La **Ley General de Sanidad 14/1986** reconoce el derecho del paciente a que quede constancia escrita de sus consultas en una HC identificada por un número específico y también a recibir un informe de alta al finalizar su estancia hospitalaria. La HC no debe ser sacada del centro sanitario cuya dirección debe velar por su adecuada custodia.

El **Real Decreto 63/1995** regula el derecho del paciente a una copia de su HC o de determinados datos contenidos en la misma al tiempo que debe garantizarse su almacenamiento y confidencialidad. El acceso a su contenido y la divulgación o adulteración de los datos recogidos está tipificado como delito en el Código penal.

La **Ley Orgánica 15/1999** de Protección de Datos de Carácter Personal define como «*datos de carácter persona a cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables*» y los datos sanitarios son datos de especial protección. De ello resulta que la actividad médico-sanitaria debe ejercerse con el conocimiento y aplicación de un marco legal y deontológico. El **Código de Deontología Médica-Guía de Ética**

**Médica** de la Organización Médica Colegial dedica múltiples apartados a concretar los diversos aspectos relacionados con la HC.

## CONTENIDO

Una HC completa recogerá la aceptación consciente y voluntaria de cuanto la actividad clínica implique, anamnesis (con entrevista directa al paciente o a acompañantes o a familiares) y las exploraciones realizadas, la aceptación/negación para pruebas y tratamientos e incluso para recibir información clínica. Contendrá las reflexiones clínicas que llevan al juicio clínico-terapéutico y será una guía fiel de la evolución clínica del enfermo. No es ético faltar a la verdad ni tampoco modificar el contenido pensando en una reclamación judicial. La **Ley 41/2002**, obliga a la «*identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales*».

Por cuanto el fin de la HC es «*facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud*», tendrá los contenidos legalmente establecidos y las anotaciones se harán en orden cronológico. Serán recogidos tanto los resultados normales como los patológicos para facilitar el juicio clínico y el tratamiento.

## FUNCIONES y MANEJO

La HC es un documento médico-clínico que facilita la asistencia sanitaria. Reúne la información de salud/enfermedad del paciente y soporta las decisiones terapéuticas y su contenido salvaguarda los derechos fundamentales del enfermo, derecho a la intimidad y al honor de los individuos y por ello no deben consignarse en ella datos cuya divulgación pudiera tener repercusión negativa para la persona afectada. Si se anotaran datos proporcionados por familiares o acompañantes que no debe conocer el paciente esos informadores quedarán claramente identificados.

Tiene también función **docente** en la formación práctica de profesionales sanitarios y está en la base de la **investigación clínica** para estudios y análisis de sus contenidos, estudios que conllevarán la autorización del paciente. Podrá tener función **judicial** si se requiere la intervención de algún juzgado que recaba su contenido buscando elementos probatorios en la responsabilidad profesional médica. También sirve para **estudios epidemiológicos**, de control de **calidad** y tareas de **administración y gestión**, usos regulados en Ley Orgánica 15/1999 y Ley General de Sanidad 14/1986.

El anonimato del paciente estará siempre asegurado salvo en los usos clínico-asistenciales y judiciales, casos en los que si una HC está corregida o alterada o desaparece puede ser indicio de culpabilidad para el profesional implicado.

La información recogida en la HC debe al paciente respeto a su autonomía, buscando su beneficencia y no maleficencia como ya hacía constar Hipócrates: «*Todo lo que haya*

*visto u oído durante la cura o fuera de ella en la vida común, lo callaré y conservaré para siempre como secreto, si no me es permitido decirlo».*

## PROPIEDAD

La Institución en la que se realiza la HC es su propietaria según doctrina de tratadistas de Derecho Civil, sea la administración o el titular del centro privado, institución que tiene el derecho y la obligación de su custodia. Esa HC recoge información de un paciente que optó libremente, sin obligación, por una entidad sanitaria determinada y es el protagonista de los hechos reflejados en ella.

Eso sí, ni paciente ni médico ni institución tienen propiedad absoluta de la HC y los derechos de una parte generan obligaciones para las otras.

## ACCESO

La **Ley General de Sanidad** y la **Ley 41/2002** señalan el derecho del paciente al acceso a la HC y a copia de los datos que en ella figuran y los centros sanitarios darán respuesta satisfactoria a este derecho. Ese acceso está también regulado por el CDM.

En el acceso a una HC prima el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos. El acceso de un médico debe estar justificado por la necesidad clínica y puede acceder una persona acreditada para representar a profesionales o al paciente sin lesionar el derecho de terceras personas que hayan participado en la elaboración de la HC y puede darse el caso de que tras el fallecimiento del paciente accedan sus herederos o los que tengan autorización judicial.

Los profesionales participantes en su elaboración pueden ejercer el derecho de acceso a sus anotaciones subjetivas y podría seleccionar los datos que va a facilitar, lo que constituye un aspecto no resuelto en la Ley de Autonomía del Paciente y que puede, eso sí, estar regulado en normativas autonómicas.

En el acceso judicial a la historia clínica la eliminación de estas anotaciones puede ser considerada eliminación de elementos para la prueba. Por ello debemos ser cuidadosos al anotar esos aspectos subjetivos actuando con sobriedad y escribiendo solamente lo pertinente y necesario pues la HC puede ser manejada en procedimientos judiciales penales, civiles, contencioso-administrativos y de índole laboral.

Y siempre se tendrán en cuenta las obligaciones señaladas por la Agencia Española de Protección de Datos. Los ciudadanos son los dueños de su información clínica, hecho regulado por la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). Para respetar estas normas en las historias electrónicas se facilita la encriptación de datos sensibles en función de la persona que accede a las mismas.

El médico velará para que todos los profesionales que manejan la HC (administrativos, informáticos, enfermeros, alumnos en prácticas...) sean responsables en la obli-

gación de mantener el secreto y la confidencialidad de los datos clínicos de cualquier persona.

## PRIVACIDAD y CONFIDENCIALIDAD

Lo íntimo señala los aspectos y sentimientos reservados de la persona, lo privado recoge facetas que el sujeto tiene derecho a mantener en la ignorancia ajena. La relación médico-paciente se basa en el secreto profesional pues se manifiestan datos ocultos que conlleva la enfermedad. Hay ahí confidencialidad y le sigue de inmediato la obligación del secreto profesional. Todos los que manejen en un campo de su competencia una HC tienen el deber de guardar esa confidencialidad. Es favorecida por claves de usuario y contraseña que tienen carácter personal e intransferible.

En las historias electrónicas, compartidas por diversos profesionales, pueden habilitarse controles de quienes, cuando y a qué contenidos acceden. Y el paciente podrá reclamar ese listado de accesos y resulta obvio que un enfermo puede negar el acceso a sus datos confidenciales relativos a otras especialidades.

## CONSERVACIÓN y CUSTODIA

La conservación de los datos también está regulada. La Ley 41/2002 obliga a los centros a conservar la documentación clínica al menos cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. Debe disponerse de la información clínica para consultas o procesos relacionados con su contenido ya sean de carácter médico, judicial, epidemiológico, por investigación u organización del sistema sanitario. Y se obliga a su almacenamiento y custodia a la dirección del centro.

Por el bien del paciente, los médicos están obligados a aportar a otros colegas los datos que puedan ayudar en ulteriores procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La conservación y archivo se facilita si está informatizada en el soporte adecuado y con las medidas de seguridad exigibles. También debe cumplirse la normativa aplicable a la destrucción de las historias clínicas cuando se cumplan los plazos y en circunstancias de jubilación de médicos de ejercicio privado.

Los centros sanitarios custodiarán las HC con métodos que permitan la recogida, integración, recuperación y comunicación de la información almacenada según sus usos y con la normativa legal que resulte de aplicación, garantizando los derechos de los pacientes y de los profesionales implicados.

## LECTURAS

- Collazo E. Cuestiones éticas y deontológicas en la historia clínica y la documentación sanitaria. Unidad didáctica 6 del CURSO EXPERTO en ÉTICA MÉDICA de la Fundación para la Formación de la OMC (FFOMC). 2020.
- <http://www.cgcom.es/deontologia>.
- Artículos 8, 19, 26-28 del Código de Deontología. Guía de Ética Médica de la OMC (2011).
- Ética de las auditorias de historias clínicas.
- Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la ética médica en la atención del menor maduro.

## PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

**Señale la respuesta correcta sobre la historia clínica. Seleccione una:**

- a) Está regulada en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.
- b) Su finalidad es facilitar la asistencia sanitaria del paciente.
- c) Toda la información que contiene es confidencial.
- d) Los centros sanitarios tienen la obligación de su conservación.
- e) Todas las respuestas propuestas son correctas.