

HISTORIA CLÍNICA Y ACCESO DE TERCEROS

AUTORES: ANTONIO HIDALGO CARBALLAL

MÉDICO FORENSE. GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA
Y HUMANIDADES DE SEMERGEN

JULIA GONZÁLEZ PERNÍA

JURISTA

JOSÉ FRANCISCO DÍAZ RUÍZ

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA
Y HUMANIDADES DE SEMERGEN

ANA DE SANTIAGO NOCITO

MÉDICO DE FAMILIA. VOCAL DE FORMACIÓN Y MIR. SEMERGEN

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD
DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

Continuando con nuestro último artículo dedicado a los partes judiciales de lesiones, abordamos ahora el segundo de una serie de tres, dedicados al controvertido tema de la limitación del deber de secreto médico en el ámbito de la Atención Primaria.

Si el derecho del paciente a la confidencialidad de todo lo que el médico conozca de esta especial parcela de la vida más personal en virtud del servicio prestado al enfermo, presenta aspectos y cuestiones muy particulares y controvertidas, ello resulta especialmente interesante al extrapolarlo al campo del ejemplo paradigmático de toda la documentación médico legal, la historia clínica.

La intimidad es un derecho fundamental ligado

a la dignidad humana, cuya observancia en una actividad profesional tan delicada a estos efectos como es la propia de la Medicina, exige una serie de premisas de obligado cumplimiento para todo aquel quien pudiese acceder a la información sanitaria, sea cual fuere la forma y manera de materializarla.

Esta cuestión, adquiere connotaciones específicas en lo tocante al soporte de los datos médicos (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) y el derecho a la existencia de los mismos que ampara al paciente (“a que quede constancia...”), en comparación con la teoría defendida por algunos autores en cuanto a considerar su confección como una intromisión en la intimidad.

La historia clínica, considerada como el conjunto de documentos que contienen las valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, resulta inestimable en la relación médica con el mismo, en cuanto a obtener un conocimiento veraz y actualizado de su situación. Se constituye a la vez como derecho y como deber del facultativo en la propia prestación sanitaria, siendo precisamente ésta su principal función y razón de existir, como registro de actos sanitarios responsabilidad de los profesionales que intervengan en aquella, quienes tenderán a la integración y unidad de lo consignado individualmente, de manera ordenada y secuenciada (El “relato escrito de la enfermedad del paciente” que dirían Noguer Molins y Balcells Gorina).

La conjunción de ambos aspectos, la recopilación de las particularidades del enfermo que resulten de interés para atenderle, mediante la consentida intromisión en su intimidad, y la obligación de mantener alejado del conocimiento general esta faceta de su existencia, exigirá a su vez unas normas estrictas de conservación y custodia de todos los documentos en que queden consignados de una u otra forma. Una ga-

rantía del limitado acceso, que resulta exigible en relación a terceras personas, ajenas a priori a la comunicación directa entre el receptor del servicio y el encargado de prestarlo.

Todo ello, sin olvidar las estrategias de actuación, los mecanismos técnicos y organizativos, administrativos y personales, que resulten necesarios para salvaguardar la seguridad de la propia historia clínica en cuanto a su autenticidad y evitación de modificaciones no justificadas, pérdida o destrucción; es decir la posibilidad de reproducción ulterior en virtud de su correcto y adecuado mantenimiento y archivo durante el tiempo que se estime necesario en aras a la debida atención al paciente, con un mínimo de cinco años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. En definitiva la gestión en si misma, la custodia activa y diligente. Todo ello aplicando los dictados de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, según la cual los datos que hagan referencia a la salud quedarían clasificados en la categoría de “especialmente protegidos”.

CASO CLÍNICO

Un familiar de M. paciente varón de 83 años de edad, fallecido recientemente en su domicilio a consecuencia de su patología cardiaca crónica, acude al Centro de Salud de su localidad de residencia solicitando una copia de su historial médico. Tratándose de un hijo de M. quien no ha mantenido contacto con su padre desde hace largo tiempo, el Médico responsable del paciente, quien no le conocía previamente, le cuestiona su interés sobre la naturaleza de la petición, explicándole las obligaciones legales al respecto en cuanto al secreto profesional.

La respuesta obtenida, versa en torno a la desconformidad del referido hijo respecto del contenido del testamento del fallecido (firmado poco antes del óbito), que beneficia según su parecer “de manera sospecho-

TABLA I. Contenido mínimo de la historia clínica (LRAP-02. Artículo 15)

- 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 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.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

sa” a su hermana. Dándose el caso que la misma es quien se ha encargado de cuidarlo hasta su muerte, conviviendo con M. y con su marido e hijos, el demandante de la información alega “que le han comentado en el pueblo que su padre tenía una demencia senil”, siendo ésta la causa que esgrime para “dudar” de la veracidad del testamento en cuestión, manifestando “que han podido obligarle a firmarlo como ellos han querido”.

DISCUSIÓN

Que el deber de discreción del médico respecto de la información de sus pacientes no finaliza con el fallecimiento de éstos, es una de las premisas más clara-

HISTORIA CLÍNICA Y ACCESO DE TERCEROS

mente recogidas en los textos deontológicos a la par que en la legislación. Y es que ello no podría ser de otra manera, partiendo de que la justificación de la historia no es otra que el aseguramiento de la asistencia adecuada al paciente, al margen de otras utilidades secundarias que se le pudieran dar (epidemiología, inspección, docencia, investigación, procedimientos judiciales...).

El Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la Organización Médica Colegial (CEDM-99), recoge esta obligación en su artículo 14.4 (“La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto”), siendo la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre (LRAP-02), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la norma básica a aplicar en el caso que nos ocupa, en cuanto al afianzamiento legal del referido principio ético.

Así su artículo 18.4 establece que cuando se solicitara información sobre un difunto, por parte de sus familiares o allegados, no se facilitarán aquellos datos que afecten a su intimidad (siendo éste el supuesto que nos ocupa), así como tampoco las anotaciones subjetivas de los profesionales encargados de la asistencia, ni la información que perjudique a terceras personas y que fue recogida en interés del propio paciente al ser facilitada por ellas mismas, perteneciendo por lo tanto a la esfera de su propio espacio de privacidad, su dignidad individual que es confidencial.

Entendemos por anotaciones subjetivas del profesional, las impresiones del sanitario fundamentadas sobre su percepción personal del caso, las cuales no tienen trascendencia en cuanto al conocimiento veraz y actualizado del estado de salud, así como tampoco la consideración de diagnósticos en sí mismos. La simple lógica nos orienta hacia la prudencia en su redacción.

Con estas restricciones, queda claro que el acceso al

historial médico de un fallecido, única y exclusivamente encontrará justificación ante la existencia de un riesgo para la salud del peticionario de información, que pueda evitarse en virtud del conocimiento de ésta, debiendo en su caso limitarse su acceso a los datos que resulten pertinentes a los fines perseguidos. La controversia ética entre la estimación del derecho a la confidencialidad y el derecho a la salud, queda así resuelta en virtud de la salvaguarda del valor más importante de los enfrentados, al prevalecer el principio de No Maleficencia, que, junto con el de Justicia, priman en la jerarquía de valores de la Bioética sobre los de Autonomía y Beneficencia.

Como vemos, en nuestro caso clínico, no existe peligro alguno para la integridad física o psíquica del hijo del difunto, más allá del derivado de la situación económica a que ha dado lugar el testamento, según su apreciación, siendo ésta una cuestión que lógicamente queda fuera del ambiente científico que nos es propio. El artículo 18.4 contiene la excepción a la entrega de la historia clínica a terceras personas vinculadas al paciente, cuando éste lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. De nuevo, la protección de la salud prevalecería sobre cualquier otra consideración.

Otra de las cuestiones que se le plantean al Médico de Atención Primaria es el del deber de gestionar el archivo y la conservación de las historias de sus pacientes. La LRAP-02 en su artículo 17.4 establece la obligación de integración, para la Unidad de Admisión y Documentación Clínica de aquellos centros que tengan pacientes hospitalizados o bien que atiendan a un número suficiente de enfermos bajo cualquier otra modalidad asistencial, quedando reservada la responsabilidad de la custodia, a la Dirección del mismo. Es el punto 5 de este artículo 17 el dedicado al “profesional sanitario que desarrolla su actividad de manera individual”, haciéndosele responsable tanto de la gestión como de la custodia de la “documentación asistencial que genere”.

Por último, cabría cuestionarse a qué allegados del paciente se puede permitir conocer el contenido de la historia. De nuevo la LRAP-02 se muestra cuanto menos poco clara al respecto, en su expresión “personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho...” no realizando matizaciones más detalladas en el resto de su articulado. En cualquier caso, lo que se estima indispensable es la acreditación de la referida relación y el escrupuloso respeto al principio de reserva.

Para ello, la petición deberá formalizarse siempre por escrito, matizando de manera precisa la identidad del solicitante mediante copia compulsada de documento oficial, identidad del paciente y de su fallecimiento si éste le era desconocido al médico responsable (copia compulsada del certificado de defunción), la relación de parentesco o el vínculo de hecho (copia compulsada del libro de familia, certificados del Registro Civil u otros documentos análogos), la información específica y concreta que se necesita y los fines del acceso requerido (certificado o informe médico que de fe del riesgo para la salud del interesado).

De conformidad con todo lo expuesto hasta el momento y ante el conflicto ético planteado, deber de secreto médico ante un paciente fallecido versus derecho de su familia a conocer el contenido de su historia clínica, valorando las posibles soluciones al mismo, y optando por la que resulte óptima (aquella que vulnere

en menor medida cada uno de los valores enfrentados), estimamos que la posición más prudente por parte del facultativo pasaría por poner los hechos en conocimiento de la Autoridad Judicial, con el fin de que fuera ésta quien determine la verdadera necesidad de relevarle de la obligación de discreción, o al menos de mantener reservada al dominio general aquella parte de la información del todo independiente del motivo de la petición.

Ello, siempre que en el Juzgado se estimase que existe base legal suficiente para considerar la posibilidad de que, efectivamente, se hubiere tratado de un supuesto de coacción o engaño a un anciano incapaz de comprender el alcance de sus actuaciones administrativas (“El derecho a la intimidad personal no padece cuando los Tribunales de Justicia determinan la intención subjetiva necesaria para apreciar una figura delictiva...”) (STC 2/1981).

Retomando y matizando esta capacidad del médico de selección de lo que resulta revelable (cualificación de la información como secreta o pública), recordemos que nuestro CEDM-99, establece los requisitos de exposición “...con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites...”, recogiendo la posibilidad de solicitar el asesoramiento de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos si así lo estimara pertinente y necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. (B.O.E. de 15/11/2002).
2. Constitución española de 1978. Tecnos. 7ª edición. 1995.
3. Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la OMC. <http://www.cgcom.org/pdf/Codigo.pdf> (Consultado el 1/06/2007).
4. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (B.O.E. de 14/12/1999).
5. Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (B.O.E. 16/09/2006).