

Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (II)

F. León Vázquez^a, J.C. Galán Cortés^b y C. Sanz Rodrigo^c

LECTURA RÁPIDA



Historia clínica

El contenido mínimo de la historia en nuestro ámbito será el siguiente: hoja estadística, anamnesis, exploración física, evolución, órdenes médicas, interconsultas, informes de exploraciones complementarias y documentos de enfermería.



Las administraciones sanitarias y los centros son responsables de su archivo, custodia y conservación integración y comunicación de la información, a los que se aplica la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal. Garantizarán la seguridad, el derecho a la intimidad, la confidencialidad de los datos y su accesibilidad «en todo momento» para los profesionales que intervengan en el proceso asistencial.

Historia clínica

La historia clínica es el conjunto de documentos relativos a la asistencia del paciente, con la información trascendente actualizada sobre el estado de salud y la identificación de los profesionales que participan. Es un derecho del paciente tanto en atención primaria como especializada. El contenido mínimo de la historia en nuestro ámbito será el siguiente: hoja estadística, anamnesis, exploración física, evolución, órdenes médicas, interconsultas, informes de exploraciones complementarias y documentos de enfermería (planificación, evolución y aplicación de terapias). Las administraciones sanitarias y los centros son responsables de su archivo, custodia y conservación (como mínimo durante 5 años), integración y comunicación de la información, a los que se aplica la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal. Garantizarán la seguridad, el derecho a la intimidad, la confidencialidad de los datos y su accesibilidad «en todo momento» para los profesionales que intervengan en el proceso asistencial. Asegurarán la autenticidad y la reproducibili-

dad de los datos, cualquiera que sea el soporte que los contenga (informático o audiovisual). El archivo de historias debe ser único para cada centro. Si el profesional ejerce individualmente, responderá de todo ello.

El objetivo principal de la historia clínica es asegurar una adecuada asistencia, y quien accede a ella se compromete a utilizarla y completarla adecuadamente. La consulta de la historia clínica por otros motivos se limitará a los fines específicos (tabla 1), y se preservarán los datos de identificación separados de los asistenciales, salvo que un juez los solicite unificados. Quedará constancia de cualquier acceso a la historia, y se queda sometido al deber de secreto, incluido el personal administrativo. Sólo se puede acceder a los datos relacionados con las funciones propias.

El paciente puede acceder y obtener una copia del contenido de su historia, siempre que no perjudique el derecho a la confidencialidad de terceros (p. ej., datos referentes a antecedentes infecciosos de su pareja), ni de los profesionales que la elaboraron, que pueden reservar sus «anotaciones subjetivas». No cabe duda de que la delimitación de las anotaciones subjetivas será controvertida en muchos supuestos, dada la fragilidad de su consideración. Por ello, se debe evitar registrar opiniones que puedan interpretarse como despectivas para el paciente. Las anotaciones subjetivas se tomarán en algún anexo específico de la historia debidamente identificado, sin mezclarlo con el evolutivo, para poder separarlas de los accesos no deseados llegado el caso. Si el paciente hubiera fallecido, el derecho de acceso a la historia se transmite a la familia y las personas vinculadas por razones de hecho, salvo prohibición expresa y documentada del finado. Si el acceso de un tercero al historial del difunto viene motivado por un riesgo para su salud, se li-

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Área 6. Instituto Madrileño de Salud. Madrid.

^bAbogado. Doctor en Derecho. Médico. Doctor en Medicina. Presidente de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. Área 11. Instituto Madrileño de Salud. Madrid. España.

Correspondencia:
Fernando León Vázquez.
CS San Juan de la Cruz.
San Juan de la Cruz, s/n.
28224 Pozuelo de Alarcón (Madrid). España.
Correo electrónico: fleonv@meditex.es

Manuscrito recibido el 7 de mayo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de mayo de 2003.

TABLA 1
Usos de la historia clínica

Asistencia sanitaria (principal uso)
Judicial
Epidemiológicos y de salud pública
Investigación
Docencia
Administración
Gestión
Funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación

mitará a los datos pertinentes, salvaguardando cuanto pudiera afectar a la intimidad del fallecido.

Instrucciones previas

Así denomina la Ley al popularmente conocido como «testamento vital», documento escrito mediante el cual una persona mayor de edad, libre y capaz, manifiesta su voluntad anticipadamente con relación a los cuidados y el tratamiento de su salud, o sobre el destino de sus órganos o cuerpo una vez fallecido, con objeto de que se cumpla si llega el caso en que sea incapaz de expresarlos en persona. Puede nombrar a un «representante» que vele por su cumplimiento y actúe como interlocutor con el equipo sanitario. Puede ser revocado en cualquier momento, también por escrito. Las instrucciones previas que contravengan las leyes, la *lex artis* (uso habitual de la ciencia médica), o que no se correspondan con el supuesto previsto por el interesado, no serán consideradas, lo que excluye la posibilidad de cualquier clase de petición de eutanasia activa. El Ministerio de Sanidad los registrará y los servicios de salud garantizarán su cumplimiento. Los médicos de familia nos convertimos en receptores de estas instrucciones, y una vez conocidas deberemos registrarlas en la historia y respetarlas si no contravienen la ley ni la *lex artis*.

Sistema Nacional de Salud. Libre elección e información

Se recoge el derecho a la elección de médico y el centro, según las condiciones que se establezcan, tanto en atención primaria como en especializada. Los servicios de salud

TABLA 2
Deberes de los usuarios: para ejercer los siguientes derechos deben dejar constancia escrita

Instrucciones previas (testamento vital) y, en su caso, la revocación de éstas
Alta voluntaria
Firmar el documento de consentimiento previo a la realización de los procedimientos terapéuticos o diagnósticos recogidos en la Ley
Negativa a recibir un tratamiento propuesto
Negativa a recibir información
Negativa a permitir el acceso a la historia a sus allegados una vez fallecido

informarán a los usuarios previamente sobre las características y la «calidad» de los servicios y las unidades asistenciales disponibles. Así, la Ley propone que exista una «guía» de servicios de cada centro que recoja los derechos y deberes de los usuarios, la dotación, las características y la información sobre cómo participar, sugerir y quejarse del servicio. También deberán informar de forma comprensible de los problemas sanitarios de la colectividad que implique un riesgo para la salud pública o individual.

Deberes del paciente

Este asunto ocupa de forma expresa un apartado pequeño en la Ley, aunque implícitamente es más amplio. Es obligación del paciente «facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera», sobre todo si son necesarios por motivo de la asistencia o por razones de interés público. En caso de no hacerlo, se atenuaría la responsabilidad de los médicos que prestasen una asistencia defectuosa por carecer de datos que no facilitó el paciente. Otras obligaciones se refieren a las instrucciones que debe hacer constar por escrito (tabla 2).

Otros documentos

Informe de alta

Aunque pensado más para los hospitales, la Ley exige que se emita cuando un paciente deja de estar atendido en un centro (no específica con carácter de ingresado). Incluirá un resumen de su historial clínico, asistencia prestada, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas, según la Orden Ministerial de Sanidad del 6/9/84. En aten-

LECTURA RÁPIDA

▼ El paciente puede acceder y obtener una copia del contenido de su historia, siempre que no perjudique el derecho a la confidencialidad de terceros ni de los profesionales que la elaboraron.

▼ Si el paciente hubiera fallecido, el derecho de acceso a la historia se transmite a la familia y las personas vinculadas por razones de hecho, salvo prohibición expresa y documentada del finado.

▼ **Instrucciones previas** «Testamento vital», documento escrito mediante el cual una persona mayor de edad, libre y capaz, manifiesta su voluntad anticipadamente con relación a los cuidados y el tratamiento de su salud, o sobre el destino de sus órganos o cuerpo una vez fallecido, con objeto de que se cumpla si llega el caso en que sea incapaz de expresarlos en persona.

▼ **Libre elección e información** Se recoge el derecho a la elección de médico y el centro, tanto en atención primaria como en especializada.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

**Deberes del paciente**

Es obligación del paciente «facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera».

**Otros documentos***Informe de alta*

Incluirá un resumen de su historial clínico, asistencia prestada, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas.

*Certificados médicos*

El derecho del paciente a recibir un certificado «acreditativo de su estado de salud», que podrá o no ser gratuito según determinen otras disposiciones.

*Registros*

Los profesionales debemos cumplimentar «protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación» relativos a la atención clínica requeridos por las administraciones.

*Prescripción, recetas y**publicidad de medicamentos*

Establece que cuando se refieran a prescripciones durante el proceso asistencial deben someterse a los principios de esta Ley.

ción primaria el alta se produce cuando un usuario se traslada de un centro de salud a otro, y se debe emitir el correspondiente informe con esos datos mínimos.

Certificados médicos

Se repite la Ley General de Sanidad que establece el derecho del paciente a recibir un certificado «acreditativo de su estado de salud», que podrá o no ser gratuito según determinen otras disposiciones.

Registros

Los profesionales debemos cumplimentar «protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación» relativos a la atención clínica requeridos por las administraciones, incluido los relacionados con la investigación y la epidemiología. Faltaría a esta obligación quien no proporcionara la información semanal de Enfermedades de Declaración Obligatoria, la estadística sobre asistencia, o se negara a realizar las auditorías de la Cartera de Servicios.

Prescripción, recetas y publicidad de medicamentos

Remite a otras normas específicas en esta materia, pero establece que cuando se refieran a prescripciones durante el proceso asistencial deben someterse a los principios de esta Ley.

Bibliografía general

Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-administrativo. Recurso n.º 652/2001. Fecha de la sentencia: 26-III-2003. Magistrado ponente: Ilmo. Sr. Ernesto Mangas González.

Constitución Española 1978. Artículo 149.1.16ª. Galán Cortés JL. Responsabilidad médica y consentimiento informado. Madrid: Civitas Ediciones, 2001.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre (BOE 15-11-2002) Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>