

# Tribuna: La historia clínica, un salvavidas judicial

La Ley de Autonomía obliga a la correcta documentación de la historia clínica, pero el contenido y alcance de las anotaciones pueden facilitar la defensa judicial de su praxis médica.

DIARIO MEDICO. Federico Guirado. Abogado del despacho Muñoz Arribas Abogados | 27/02/2014  
00:00

---

Hace cinco meses Diario Médico propuso un sondeo en su web sobre el derecho de los pacientes a acceder a su historia clínica (HC). Con casi 300 respuestas, el 48,42 por ciento de los lectores opinan que los pacientes debían tener un acceso total, frente al 35,09 por ciento que defiende un acceso parcial y el 16,49 por ciento que considera que no deberían disponer de ese derecho.

El resultado de la encuesta, realizada en un ámbito de profesionales sanitarios, refleja curiosamente que pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud, deben estar plenamente legitimados para acceder en exclusiva al contenido íntegro de la HC.

El artículo 18 de la 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, reconoce el derecho de acceso del paciente a su HC con dos únicas reservas: los derechos de terceras personas a la confidencialidad de los datos recogidos en interés terapéutico y los derechos de los profesionales sanitarios que realicen anotaciones subjetivas. De igual modo, la Ley de Autonomía del Paciente garantiza el derecho al acceso de la HC de otros agentes: profesionales asistenciales del centro, con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública y docencia, del personal de administración y gestión de los centros sanitarios, y del personal sanitario para funciones de inspección, evaluación y planificación.

Tras más de una década de aplicación de la norma parece que las discusiones doctrinales sobre la propiedad de la historia clínica y la legitimidad para su acceso han quedado superadas. Carece ya de sentido tratar la historia desde un punto de vista meramente patrimonialista, al encontrarnos inmersos en un modelo horizontal médico-paciente y en una nueva realidad constituida por la HC electrónica cuyo acceso telemático se ha implantado en varios servicios públicos de salud. Lo relevante ahora es garantizar el acceso por los distintos agentes que intervienen en ella u ostentan funciones públicas o responsabilidades sanitarias y que se limite el acceso de cada agente en función de su propio interés o encomienda pública.

Sin embargo, la Ley de Autonomía del Paciente no ha resuelto algunos aspectos de la documentación de la HC. Así, el artículo 15 preconiza como finalidad de la HC facilitar la asistencia del paciente, encomendando a los profesionales sanitarios el deber de incorporar a ella por escrito o en el soporte más adecuado la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del enfermo, regulándose los elementos y estructura mínima de la HC, pero dejando al buen criterio de los profesionales sanitarios el contenido y alcance de tales elementos previstos en el artículo 15.2, especialmente en aquellos aspectos de la praxis médica (como por ejemplo, exploración física, evolución del paciente, juicios diagnósticos complementarios...) más singulares y discutibles.

En este orden de cosas, y como uno de los aspectos más complejos de la documentación de la HC, se sitúa el deber de anotar del profesional sanitario. Su incumplimiento trasciende en ocasiones al ámbito judicial cuando se considera que los datos de la HC son erróneos o insuficientes, trasladándose en esos casos a la Administración sanitaria la carga de la prueba de la actuación médica acorde a la *lex artis* al considerar que la ausencia de datos constituye una pérdida de oportunidad en el tratamiento del paciente.

Pero la correcta documentación de la HC también puede evitar una condena judicial en ausencia de documento de consentimiento informado, cuando resulta incompleto o defectuoso, según reiterada jurisprudencia, en el sentido de que "la exigencia de la constancia escrita de la información tiene en algunos casos mero valor *ad probationem* (a los efectos de la prueba) y puede ofrecerse en forma verbal en función de las circunstancias del caso, siempre que quede constancia en la HC del paciente y documentación hospitalaria que le afecte".