



**Resolución del Ararteko, de 31 de marzo de 2011, por la que se recomienda al SVS/Osakidetza que se adecue la aplicación de los criterios de acceso a la historia clínica recogidos en los procedimientos que regulan su tramitación, a las previsiones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.**

### Antecedentes

1. Una persona presentó una queja ante esta institución porque consideró que se había limitado su derecho a acceder a la documentación clínica.

En su queja exponía que había pedido tener acceso a la historia clínica, pero de los 16 documentos que le entregaron tan sólo 1 correspondía al proceso que motivaba la petición. Consideraba por ello que al entregarle únicamente esa documentación se había producido una limitación en su derecho de acceso al contenido completo de su historia.

A continuación presentó una nueva petición que no fue atendida, lo que dio lugar a que acudiese a esta institución.

2. Después de analizar los antecedentes en los que se apoyaba la queja, el 10 de febrero de 2010 pedimos información a Osakidetza sobre las razones por las que no se entregaron todos los documentos solicitados.

En respuesta a nuestra petición de información, con fecha 29 de marzo de 2010 Osakidetza nos comunicó que la limitación en el acceso tuvo que ver con el procedimiento de acceso a la historia clínica establecido en Osakidetza, donde está previsto que no se entregará la documentación que contenga anotaciones subjetivas o comentarios de terceros, tales como anamnesia, evolución clínica y de enfermería.

En nuestra opinión, según este motivo había que deducir que el resto de la historia clínica no entregada lo componían anotaciones subjetivas de quienes intervinieron en el proceso asistencial, y que todos ellos plantearon la misma reserva para permitir el acceso.

Así las cosas y a falta de una mayor concreción, tal motivo de denegación no resultaba suficientemente justificado. Por ello hicimos una nueva petición de



información a Osakidetza para tratar de determinar si en toda la documentación cuyo acceso fue denegado se daba la circunstancia relativa a anotaciones subjetivas.

La falta de respuesta no nos ha permitido conocer la valoración de Osakidetza. Sin embargo, los antecedentes descritos nos permiten considerar que la decisión que dio lugar a esta queja no estaba justificada, lo que hace necesario realizar las siguientes

### Consideraciones

1. De acuerdo con la mencionada respuesta de Osakidetza de fecha 29 de marzo de 2010 a nuestra petición de información, la limitación en el acceso a la información tuvo que ver con lo establecido en el "Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria", que refleja fielmente lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y pretende ayudar al personal sanitario, orientándoles en torno a los documentos que tienen que entregar cuando se ejerce el derecho de acceso y los requisitos que deben cumplir quienes solicitan dicho acceso.

Añadía dicha respuesta que la propia Ley 41/2002 exceptúa de dicha entrega aquellos documentos que contengan anotaciones subjetivas o comentarios de terceros, y que ésa es la regla general que opera en la entrega de la historia clínica en todos los centros de Osakidetza-SVS, como lo demuestra el hecho de que en el Procedimiento de Acceso a la Documentación Clínica de Atención Primaria, posterior en su elaboración al hospitalario, también se menciona de forma expresa la exclusión de la entrega de aquellos documentos que contengan anotaciones subjetivas o comentarios de terceros, tales como, anamnesis, evolución clínica y de enfermería, que son justamente las que no se entregaron al interesado, si bien se le hizo entrega de todos los demás, tal y como se dispone legalmente.

2. Analizada esta respuesta a la luz 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, encontramos que, efectivamente, la norma prevé restricciones en el acceso.





Su artículo 18.3, prevé que *“El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.”*

Por su parte, el mismo artículo 18, en el apartado 1, establece que *“El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.”*

Vemos que la Ley prevé que se establezcan procedimientos que garanticen la observación de los derechos relativos a la documentación clínica.

Sin embargo, analizada la respuesta de Osakidetza desde la perspectiva de estas previsiones de la Ley, consideramos que si el procedimiento presume que en todas las anamnesias, exploraciones y evoluciones se dan las limitaciones que prevé el artículo 18.3 transcrito, está yendo más allá de lo que es un procedimiento propiamente dicho.

Dicho precepto recoge unos supuestos en los que será posible denegar el acceso solicitado, pero es necesario determinar en cada caso, previo análisis, si se han dado esas circunstancias. A tenor de los datos que se nos han facilitado, la decisión denegatoria adolecía de falta de análisis previo sobre la concurrencia de tales circunstancias.

3. Estas mismas observaciones ya fueron transmitidas por el Ararteko a Osakidetza en un expediente de oficio correspondiente al año 2008 (18/2008/180).

En dicho expediente de oficio analizamos también lo previsto en el mismo procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria al que ahora se refería Osakidetza, cuyo apartado 5, al referirse en diversos momentos al tipo de documentos a facilitar, indica: *“Copia de los tipos documentales solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como: Anamnesis, Exploración y Evolución tanto médica como de enfermería.”*





Habíamos comprobado en varias quejas que se estaba utilizando un criterio restrictivo, denegando el acceso de toda anamnesis, exploración y evolución tanto médica como de enfermería, por estar así previsto en el apartado 5. Se presumía así que toda esta documentación contenía información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

No se hacía un análisis del supuesto concreto, para comprobar si en dichos documentos se daban o no las circunstancias limitativas de acceso reconocidas en la norma.

Partiendo de esa consideración, mediante escrito de 8 julio de 2008 trasladamos entonces nuestra valoración a Osakidetza, para conocer su opinión al respecto y, en su caso, estudiar la posibilidad de una adecuación en los criterios recogidos en el procedimiento, o en su aplicación, al referirse al tipo de documentos a facilitar a los pacientes

De acuerdo con lo que se nos indicó en una respuesta de 29 diciembre de 2008, Osakidetza compartía nuestras observaciones, y nos comunicó que se iban a revisar los procedimientos de atención primaria y hospitalaria, para una unificación de criterios.

4. El motivo de la presente queja así como la información que se nos ha facilitado, nos muestran que persisten las mismas limitaciones, no motivadas.

Ya hemos señalado en el antecedente segundo que en la respuesta de 29 de marzo de 2010 de Osakidetza, en el actual expediente, se nos ha indicado que la limitación en el acceso a la documentación que pidió el interesado tuvo que ver con lo establecido en el procedimiento de acceso a la historia clínica, según la cual se excluye la entrega de la documentación que contenga anotaciones subjetivas o comentarios de terceros, tales como anamnesis, evolución clínica y de enfermería, que eran justo las que no entregaron al interesado.

Contrastado ese criterio con las reglas establecidas en el artículo 18.3 arriba reproducido, de la Ley 41/2002, consideramos que seguía existiendo una aplicación incorrecta de sus previsiones.





En consecuencia, el 3 de noviembre de 2010 volvimos a dirigirnos a Osakidetza para conocer si en toda la documentación cuyo acceso se había negado se dan las circunstancias previstas en dicho artículo 18.3, avanzando que, de no ser así, debíamos entender que se había producido una limitación no justificada en el acceso a la documentación solicitada. No hemos obtenido respuesta, ni tampoco el interesado, por lo que concluimos en que ha existido tal limitación no justificada.

Por ello, en conformidad con lo preceptuado en el artículo 11 b) de la Ley 3/1985, de 27 de febrero, por la que se crea y regula esta institución, se eleva la siguiente

#### **RECOMENDACIÓN 5/2011, de 31 de marzo, a Osakidetza**

Que corrija la interpretación del procedimiento de acceso a la documentación clínica, según la cual se presume que todos los documentos de anamnesis, exploración y evolución tienen información de terceras personas, apreciaciones o anotaciones subjetivas. Se debe analizar cada documento clínico para ver si efectivamente se da esa circunstancia limitativa prevista en el artículo 18.3 de la Ley 41/2002.

