



Resolución del Ararteko, de 4 de julio de 2011, por la que se recomienda al SVS/Osakidetza que se apliquen las previsiones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en una petición de acceso a los datos de la historia clínica de una persona fallecida.

Antecedentes

1. Un familiar presentó una queja ante esta institución porque consideró que se estaba limitando su derecho a acceder a la documentación clínica de su padre, que murió en el Hospital de Basurto.

Le habían comunicado que en el caso de que el paciente haya fallecido sólo se facilita, en principio, la documentación clínica de informe de alta del último episodio y el de la necropsia.

2. La respuesta no indicaba cuáles de las limitaciones recogidas por 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, impedían el acceso a la documentación completa.

Por ello, pedimos información sobre las situaciones recogidas en el artículo 18.4 de la mencionada ley que fundamentaban el acceso únicamente al informe de alta y necropsia.

3. En la respuesta a nuestra petición se nos confirmó que la documentación que se facilita a los familiares es aportada por parte del Servicio de Archivos y consiste en el informe de alta del último episodio así como el informe de necropsia si procede, tal y como se regula en el "Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria" emitido por la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza en mayo de 2003.

Añadía que el Hospital de Basurto había enviado una respuesta al interesado respondiendo a sus preguntas y que, con carácter general, el historial completo no se entrega de manera rutinaria porque existe una alta probabilidad de que pueda contener valoraciones subjetivas de los profesionales, información que pueda afectar a la intimidad del fallecido e incluso datos que perjudiquen a terceros.

También se indicaba que en este caso se facilitó al familiar toda la información pertinente así como las aclaraciones que interesaba sobre la asistencia prestada a su padre.

Desde el punto de vista de la información, la actuación del Hospital puede merecer un juicio favorable. No así desde el punto de vista del acceso a la documentación clínica previsto en la mencionada Ley 41/2002. Además, la insistencia del interesado en dicho acceso lleva a pensar que las dudas que los





familiares tienen respecto del proceso asistencial relacionado con el fallecimiento persisten a pesar de la información que se les ha podido facilitar.

Por ello, he visto necesario realizar las siguientes

Consideraciones

1. Los antecedentes analizados nos muestran datos para pensar que el Hospital de Basurto ha estado abierto a ofrecer información para despejar las dudas de la familia por lo ocurrido en el proceso asistencial respecto del cual solicitan el acceso a la historia clínica.

Los mismos antecedentes nos muestran sin embargo que las dudas de los familiares persisten y por ese motivo precisamente desean disponer de la documentación clínica que no se les ha facilitado. Entienden que su acceso les puede permitir contar con un elemento de juicio del que ahora no disponen para analizar lo sucedido.

2. La información es un derecho que puede ser instrumental, pues en ocasiones no es solo un fin en sí mismo sino también un medio para otro objetivo. En este caso pudiera ser un elemento importante para que los interesados puedan formarse una opinión más fundada al adoptar una u otra decisión sobre el proceso asistencial del que se trata.

Con independencia de ese razonamiento, que ya tiene amparo en las normas que han desarrollado el derecho a acceder a la información previsto en el artículo 105 de la Constitución, el presente caso debemos analizarlo desde la norma sectorial, la mencionada Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

3. Al igual que en otros expedientes de queja que hemos tramitado relacionados con el acceso a la historia clínica, vemos que en este caso las limitaciones son también planteadas con base en lo establecido en el citado procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria de Osakidetza, aprobado en 2003.

Con relación a este procedimiento que 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.", Osakidetza ha explicado que su redacción ayuda 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.





Al aplicar ese procedimiento presumiendo que todos los documentos mencionados contienen anotaciones subjetivas, se limita con carácter general el acceso a los mismos.

Como hemos recogido en el antecedente tercero, también en este expediente se nos ha informado que el historial completo no se entrega de manera rutinaria porque existe una alta probabilidad de que pueda contener valoraciones subjetivas de los profesionales, información que pueda afectar a la intimidad del fallecido e incluso datos que perjudiquen a terceros.

4. Cabe admitir, aunque sea a efectos dialécticos, que ese principio de actuación pudiera ser adecuado en la manera rutinaria que expresa la respuesta de Osakidetza.

Ahora bien, el hecho de que una persona manifieste su desacuerdo por no habersele facilitado toda la documentación clínica que ha pedido debiera permitir encauzar su pretensión, interpretando el procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria de acuerdo con la Ley 41/2002, superando así la aplicación restrictiva del derecho de acceso que conlleva la presunción de que toda la documentación denegada contiene anotaciones subjetivas.

5. Vemos que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, prevé efectivamente restricciones en el acceso a la documentación clínica.

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 lo que respecta a la documentación de pacientes fallecidos, el artículo 18.4 establece que *“Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros”.*

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.”*





6. Sobre la previsión del artículo 18.4, la respuesta de Osakidetza expresaba que en general no se entregaba el historial completo porque existe una alta probabilidad de que pueda contener información que pueda afectar a la intimidad del fallecido.

No se han planteado sin embargo objeciones contrastadas para pensar que en este caso existe una manifestación de voluntad del fallecido contraria al acceso solicitado por la familia.

7. Por lo que se refiere a los apartados 1 y 3 del artículo 18, relativos a las circunstancias limitativas del acceso y el procedimiento para su realización, observamos lo siguiente:

Por lo que se refiere al apartado 1, 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 3 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.

Situados en ese supuesto, en el caso de que existieran anotaciones subjetivas, antes de denegar el acceso sería necesario conocer además la opinión de sus autores con relación a tal acceso, o si es posible una disociación.

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





Sin embargo, esta queja, que no es la única (expediente 202/2010/18), nos muestra que persisten las mismas limitaciones de acceso, sin fundamento legal suficiente.

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 21/2011, de 4 de julio, a SVS/Osakidetza

Que corrija la interpretación del procedimiento para el acceso a la documentación clínica según la cual se presume que toda la documentación clínica del paciente fallecido (...) no facilitada a su hijo (...), tiene información de terceras personas, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

Se debe analizar la documentación clínica no facilitada para ver si efectivamente se dan las circunstancias limitativas previstas en 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.

