

Derechos y deberes en el ámbito de la salud.

AUTOR. Enrique Galiano Sierra.

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.



Ley de Autonomía del Paciente.

- ➔ **Capítulo I: Principios Generales (Arts. 1-3)**
- ➔ **Capítulo II: El derecho de información sanitaria. (Arts. 4-6)**
- ➔ **Capítulo III: Derecho a la intimidad. (Art. 7)**
- ➔ **Capítulo IV: El respeto a la autonomía del paciente. (Arts. 8-13)**
- ➔ **Capítulo V: La Historia Clínica. (Arts. 14-19)**
- ➔ **Capítulo VI: Informe de alta y otra documentación clínica. (Arts. 20-23).**

Ley de Autonomía del Paciente.

CAPÍTULO V.

La Historia Clínica.



Ley de Autonomía del Paciente.

Art. 14: Definición y archivo de la historia clínica.

- ➔ La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos.
- ➔ Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.



Ley de Autonomía del Paciente.

Art. 15: Contenido de la historia clínica.

- La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.
- La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.
 - a. La autorización de ingreso.
 - b. El informe de urgencia.
 - c. La anamnesis y la exploración física.
 - d. La evolución.
 - e. Las órdenes médicas.
 - f. La hoja de interconsulta.
 - g. Los informes de exploraciones complementarias.
 - h. El consentimiento informado.
 - i.



Ley de Autonomía del Paciente.

○ ARTÍCULO 15.3

Cuando se trate del **nacimiento**, la historia clínica **incorporará**, además de la información a la que hace referencia este apartado, **los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas** que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre.

Según modificación realizada por la *Ley 26/2015, de 28 de julio*

Ley de Autonomía del Paciente.

Art. 16: usos de la historia clínica.

- ✚ La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales implicados en la asistencia tienen acceso a la misma.
- ✚ El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.
- ✚ Tiene acceso a la historia clínica el personal sanitario que ejerza funciones de inspección.
- ✚ El personal que accede a la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.



Ley de Autonomía del Paciente.

Art. 17: Conservación de la historia clínica.

- Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad.
- Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de la documentación clínica.
- La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica.
- Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen



Ley de Autonomía del Paciente.

- **Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.**

Los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, **no se destruirán.**

Los datos de la historia clínica relacionados con las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre del recién nacido, **sólo podrán ser comunicados a petición judicial,** dentro del correspondiente proceso penal o en caso de reclamación o impugnación judicial de la filiación materna.

- Según modificación realizada por la *Ley 26/2015, de 28 de julio*

Ley de Autonomía del Paciente.

Art. 18: Derechos de acceso a la historia clínica.

- El **paciente** tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.
- 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, ni en perjuicio del derecho de los profesionales.
- 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 salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.



Ley de Autonomía del Paciente.

Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad.



**DERECHOS Y DEBERES EN
MATERIA DE SALUD EN CASTILLA-
LA MANCHA.**

LEY 5/2010 de 24 de junio

LEY 5/2010 de 24 de junio

TÍTULO I: Derechos de las personas en materia de salud.



LEY 5/2010 de 24 de junio

CAPÍTULO IV: Derechos relativos a la documentación sanitaria.

➤ **Historia clínica.**

1. Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de sus procesos asistenciales.
2. Finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria al paciente.
3. Deberá ser completa debiendo constar en la misma toda la información del estado de salud.
4. La historia clínica deberá ser común para cada centro y única por paciente.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Contenido de la historia clínica.

- ❑ Datos de filiación y documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- ❑ La autorización de ingreso.
- ❑ El informe de urgencia.
- ❑ La anamnesis y la exploración física.
- ❑ La evolución.
- ❑ Las órdenes médicas.
- ❑ La hoja de interconsulta.
- ❑ Los informes de exploraciones complementarias.
- ❑ La información facilitada al paciente, previa al consentimiento informado.
- ❑ El consentimiento informado.
- ❑ El informe de anestesia.
- ❑ El informe de quirófano o de registro del parto.
- ❑ El informe de anatomía patológica.
- ❑ La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- ❑ La aplicación terapéutica de enfermería
- ❑ Informe de alta.
- ❑ Documento de voluntades anticipadas.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Cumplimentación de la historia clínica.

Su cumplimentación es un deber de los profesionales sanitarios que intervengan en ella.

Las **anotaciones subjetivas** de los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, los datos que afecten a la **intimidad de terceros**,.....**se disociaran**, en su caso.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Usos de la historia clínica.

- Fines asistenciales
- Se establecerán niveles de acceso adecuados al perfil profesional de los diferentes usuarios. (sanitarios, administrativos,...)
- El uso de la historia clínica y su cesión entre centros, servicios y establecimientos sanitarios no requerirá el previo consentimiento del paciente siempre que se realice para la prestación de asistencia sanitaria .
- Fines de inspección, evaluación, acreditación, planificación y comprobación de la calidad de la asistencia.
- Fines docentes, de investigación, epidemiológicos y de salud pública requerirá la previa disociación de los datos clínicos respecto de los de identificación personal (salvo autorización previa)
- Deber de secreto para quienes accedan a la H°. C.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Acceso por el paciente.

1. El paciente tiene derecho de acceso, con las reservas oportunas (punto 5) a la documentación de la historia clínica. Este derecho puede ejercerse por representación debidamente acreditada.
2. El derecho de acceso supone la posibilidad de obtener copia del contenido de la H^aC (excepto anotaciones subjetivas).
3. En caso de incapacitados el derecho de acceso se ejercerá en su nombre por las personas que legalmente los representen.
4. Acceso por menores.
5. Acceso a H^aC por familiares de paciente fallecido.

LEY 5/2010 de 24 de junio

Conservación.

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su confidencialidad, su correcto mantenimiento, integridad y seguridad.
2. La historia clínica se conservará durante el tiempo que resulte preciso para garantizar la asistencia sanitaria al paciente, **como mínimo durante un plazo de cinco años** contado desde la fecha del alta del último proceso asistencial.
3. Se establecerán los mecanismos para la destrucción total o parcial de H^a.C.

**Decreto 24/2011, de
12/04/2011, de la
documentación
sanitaria en C-LM.**

Capítulo II: Usos, acceso y cesión de datos de la historia clínica.

.

Tratamiento y cesión de datos de salud.

Los datos de salud, en su condición de datos personales especialmente protegidos, podrán tratarse y cederse en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Cesión de datos entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

No será necesario el consentimiento de la persona interesada para la comunicación de datos personales sobre salud, incluso a través de medios electrónicos, **entre organismos**, centros, servicios y establecimientos de la Consejería competente en materia de sanidad, del Sescam y **del Sistema Nacional de Salud** cuando se realice para la atención sanitaria de las personas.

Confidencialidad y secreto.

Los datos incorporados a las historias clínicas son confidenciales y toda persona que tenga acceso a la información y a la documentación clínica queda sujeta al deber de secreto.

Control de accesos en la historia clínica.

Los profesionales podrán consultar la información contenida en la historia clínica en el ejercicio de sus funciones y competencias que tengan reconocidas.

Los **sistemas de información de la historia clínica electrónica del Sescam identificarán a todo profesional** que intente acceder a la información contenida en la historia clínica electrónica de un paciente o usuario y verificarán su autorización.

De cada intento de acceso al sistema de información de la historia clínica electrónica del Sescam, se guardarán, como mínimo, la identificación del profesional de que se trate, la fecha y hora en que se realizó, la parte de la historia clínica electrónica a la que se ha accedido y el tipo de acceso.





**Acceso a la
historia clínica.**

Derecho de acceso a la historia clínica por el paciente.

1. **El paciente tiene el derecho de acceso**, con las reservas legalmente establecidas a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos e informes que figuren en ella.
2. El derecho de acceso a la información contenida en la historia clínica podrá ejercitarse:
 - a) Por el paciente, previa acreditación de su identidad.
 - b) Mediante representación legal (menores de edad)
 - c) Mediante representación voluntaria, debidamente acreditada.
3. En los casos de **pacientes mayores de dieciséis años o menores emancipados, los representantes legales no podrán acceder a su historia clínica**, salvo autorización expresa de aquellos, sin perjuicio del derecho de los padres y tutores a ser informados acerca del estado de salud del menor.
4. Acceso a la H^aC de pacientes fallecidos.



**Cesión de
datos de la
historia clínica.**

Cesión de datos de la historia clínica para fines de salud pública, de investigación y docencia.

1. De conformidad con la legislación básica sanitaria, se permite la utilización de la información contenida en la historia clínica con fines de salud pública, epidemiológicos, investigación y docencia.
2. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a los responsables de la custodia de la documentación a **preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial**, de forma que quede garantizado el **anonimato** del paciente.
3. **No será necesaria la disociación** previa de la información **cuando el paciente haya prestado su consentimiento expreso** y por escrito para no separarlos. En estos casos, el consentimiento del paciente se incorporará a su historia clínica.
4. En todo caso, los responsables de la custodia de la documentación clínica sólo facilitarán la información que resulte estrictamente necesaria para los fines solicitados.

Cesión de datos de la historia clínica a requerimiento del Ministerio Fiscal, jueces o tribunales, Defensor del Pueblo y Tribunal de Cuentas.

En estos casos **no requiere consentimiento previo del paciente**, cuando se produzca en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas.

2. Los datos de identificación personal del paciente deberán preservarse separados de los de carácter clínicoasistencial, de manera que **como regla general quede asegurado su anonimato**. Se exceptúan los supuestos de investigación judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínicoasistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

3. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines del caso.



Otras cesiones de datos de la historia clínica. (Policía)

- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado no requiere recabar el consentimiento previo cuando la obtención de los mismos sea necesaria para la **prevención de un peligro real y grave** para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales.
- La Policía Judicial podrá **acceder** en cualquier momento a la historia clínica siempre que dicho acceso se realice **en el seno de una investigación judicial y así se acredite**.
- En los demás casos, la cesión de datos de la historia clínica a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado sin consentimiento de la persona interesada exigirá la correspondiente **orden judicial**.

Capítulo III: Gestión, custodia y conservación de la documentación clínica.

.

La **gestión** de las historias clínicas se llevará a cabo por los **servicios de admisión y documentación clínica**, que serán los encargados de integrar en el archivo único, manual o automatizado, los diferentes documentos que conforman la historia clínica, así como los datos que permitan su recuperación.

Corresponde a los servicios de sistemas y tecnologías de la información facilitar los medios técnicos necesarios para la gestión, conservación y tratamiento de los datos contenidos en las historias clínicas electrónicas.



Archivo de las historias clínicas.

1. Las historias clínicas en soporte papel se custodiarán en un archivo único. Sin embargo puede preverse la existencia de un **archivo con documentación activa** y un **archivo con documentación pasiva**.
2. Se considera documentación pasiva :
 - a) La de los pacientes que han fallecido.
 - b) La de los pacientes que no han tenido actividad asistencial en los últimos cinco años.
3. Se considera documentación activa aquella que no es calificada como pasiva conforme a lo dispuesto en el apartado anterior.
4. Podrán almacenarse por medios electrónicos todos los documentos de la historia clínica.
5. Los sistemas o soportes en que se almacenen documentos electrónicos deberán contar con las medidas de seguridad que garanticen la integridad, autenticidad, confidencialidad, calidad, protección y conservación de los documentos almacenados.

Conservación y expurgo de las historias clínicas.

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar las historias clínicas durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Se conservarán de forma definitiva:

- a) Los informes de exploraciones complementarias.
- b) Las hojas de anamnesis y exploración física y las hojas de evolución si no hay info. de alta.
- c) El documento de consentimiento informado.
- d) El Informe de quirófano o de registro de parto.
- e) La hoja del recién nacido de su historia clínica.
- f) El informe de anestesia.
- g) Las hojas de transfusión.
- h) Los informes clínicos de alta.
- i) Las hojas de alta voluntaria.

Aquellas historias clínicas que sean **prueba documental en un proceso judicial** o en un procedimiento administrativo **no** podrán ser sometidas a los procedimientos de **expurgo** regulados en este Decreto hasta que finalice dicho proceso.

La documentación que sea objeto de expurgo habrá de destruirse mediante métodos que aseguren su completa eliminación.





MUCHAS GRACIAS