

PROBLEMAS MÉDICO LEGALES DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Aurelio Luna Maldonado.

Universidad de Murcia, E-30100. Facultad de Medicina. España.

losuna@fev.um.es

La información es un elemento esencial en todas las actividades sanitarias, ya sean asistenciales o no, y se estructura como un deber / derecho, deber de colaborar con los profesionales sanitarios (proporcionándoles información y/o permitiendo su obtención, por ejemplo pruebas complementarias), y un derecho esencial a recibirla no solo como elemento previo para otorgar el consentimiento sino también con base en los derechos sobre uno mismo (derechos de la personalidad) que nuestro ordenamiento jurídico recoge.

La información que se va a proporcionar, elaborar, generar y almacenar durante la actuación terapéutica y/o preventiva, se encuentra orientada bajo el eje fundamental de la finalidad asistencial, pero puede tener una serie de usos diferenciados del estrictamente individual sanitario:

Usos administrativos, planificación sanitaria, investigación, docencia, judiciales, etc.

El bien jurídico fundamental a proteger, en relación con el uso de la información va a ser el derecho a la intimidad de paciente, aun cuando pueden existir otro tipo de derechos como veremos posteriormente. El derecho a la intimidad se encuentra adecuadamente protegido en la normativa legal vigente en nuestro país, sin embargo no existe en nuestro medio una cultura del respeto a la intimidad, más bien todo lo contrario, la realidad nos ofrece ejemplos mas que elocuentes de lo que afirmo. El titular del derecho sería siempre el propio paciente.

Secreto consiste en mantener oculto a los demás una información que nos ha sido proporcionada con una finalidad concreta, en este caso la asistencia sanitaria. Y es bajo el prisma asistencial la razón por la que el paciente nos permite el acceso a su intimidad bajo la confianza de que no será utilizada con otros fines. No

es el momento de hacer una breve historia del secreto médico, pero desde el juramento Hipocrático hasta nuestros días es una constante en los Códigos deontológico y en las normas éticas. La regulación del secreto profesional se encuentra fragmentada en diferentes normas y su protección está claramente definida en el vigente Código Penal español.

En el anexo legislativo situado al final del texto se reproducen los artículos correspondientes al Código Penal español que sancionan la revelación de secretos y la infidelidad en la custodia de documentos, para evitar repeticiones inútiles de temas bien conocidos me centraré en el manejo de la historia clínica al ser este un problema habitualmente menos conocido.

El secreto profesional por parte del médico, emana del contrato civil, tácito o expreso, en el que se sobreentiende la obligación de silencio, por la naturaleza de la prestación que una de las partes viene obligada a cumplir. El secreto profesional nace del deber de guardar las confidencias transmitidas por el enfermo al médico y la revelación de esta información puede atentar no solo contra el honor del paciente sino a veces contra el de las personas que lo rodean.

Pero nuestro objetivo fundamental en este momento, debe ser el Secreto Médico y la protección al Derecho a la intimidad del paciente en el ejercicio de la medicina legal, es decir no tanto el campo asistencial como el campo pericial. En esta línea la medicina pericial presenta una serie de características prácticas y normativas que la diferencian de la medicina asistencial.

Incluso dentro de la actividad pericial podemos encontrarnos con diferencias sustanciales si la información sanitaria y pericial afecta al individuo cómo víctima o como inculpado (valoración de lesiones, imputabilidad, etc).

El médico va a generar información y va a obtener información del paciente en el curso de su actividad pericial concreta (exploraciones, anamnesis, etc.) y va a utilizar la información proporcionada por el paciente y generada y elaborada por otros profesionales durante su actividad asistencial. En esta última actividad es donde existe un riesgo objetivo de vulnerar derechos de paciente al utilizar una información proporcionada con otros fines, en el terreno pericial. En mi opinión la utilización de la información clínica debiera hacerse con la autorización del paciente, y si este se negara el médico debería hacerlo constar en su informe.

Vamos a analizar con cierto detalle hasta que punto la utilización de una información proporcionada por el paciente a su médico, puede asimilarse al hecho de declarar contra sí mismo en algunas circunstancias.

Imaginemos una persona que sufre un accidente de tráfico y durante la anamnesis refiere al médico la circunstancia de consumo de una sustancia psicoactiva, esta información la proporciona sin ser consciente de que la remisión de su historial clínico al juzgado podría suponer una admisión de la autoría de un delito (conducción bajo los efectos de sustancias psicoactivas). ¿ La situación de solicitar asistencia sanitaria le priva del derecho a no declarar contra sí mismo?, o, ¿debería el médico advertirle de que la información que pueda proporcionar puede ser utilizada con otros fines?. La situación no es asimilable a la del parte de lesiones, ya que en un caso se trata de una víctima potencial y en otro de una posible confesión de culpabilidad obtenida por vía indirecta.

Para De Angel Yagüez,(1987), el secreto de la historia clínica es una condición inherente a la misma y como consecuencia el derecho de confidencialidad de toda la información relacionada en la misma y con sus estancias en instituciones sanitarias, públicas y privadas.

La importancia de la historia clínica en la relación médico enfermo es incuestionable. Laín Entralgo (1978) la define como el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico, para obtener el diagnóstico, tratamiento y la posible curación de su enfermedad.

- El contenido de la historia clínica puede desglosarse en varios apartados:
- Información que proporciona el enfermo al médico, con la finalidad de obtener unas atenciones terapéuticas;
- Información proporcionada por los familiares y o convivientes(frecuente en el caso de menores de edad y en los enfermos psiquiátricos)
- Datos procedentes de la exploración clínica y exámenes complementarios realizados y/o solicitados por el médico.
- Diagnóstico, tratamiento prescrito y evolución del paciente.
- Informes de otros facultativos o de instituciones diferentes del hospital.
- Datos administrativos y documentos generados en el uso administrativo de la historia (oficios, etc.)

La historia puede encontrarse en forma de documento no normalizado, documento normalizado, soporte informático, etc. En cualquier caso hay que diferenciar lo que es la información contenida en la historia del soporte físico de la información.

En la práctica judicial, la historia clínica es el documento esencial para investigar unos hechos, en especial en casos de responsabilidad profesional o mala praxis, llegando a tener muy fuerte valor probatorio y determina en muchas ocasiones las decisiones judiciales Carrasco Gómez (1998).

Los problemas legales del manejo de la Hª Clínica son muy amplios y desbordan el ámbito de mi intervención, por lo que me van a permitir que les remita a una serie de publicaciones sobre este tema (Luna y Osuna (1986), (1987a), (1987b), Luna (1987), Valenzuela, Valenzuela y Luna (1987), Luna, Pérez Cárdenas y Osuna (1994) y Luna y Osuna (1998).

Algunos de los problemas son:

- Propiedad de la Hª Clínica
- Derechos de propiedad intelectual sobre el contenido de la Hª Clínica

- Obligación de guarda y custodia de la Hª Clínica
- Acceso a la Hª Clínica
- Etc.

¿ Para que y cuando se puede solicitar una Hª Clínica por parte de la Administración de Justicia?.

Una historia clínica pueden ser solicitados por la Administración de Justicia en las siguientes circunstancias:

En fase de diligencias previas o durante la instrucción del sumario

- Para instrucción del médico forense;
- Para atestiguar las circunstancias de las lesiones;
- Como indicio de perpetración de un delito o sus circunstancias, por ejemplo, en los casos de imprudencia profesional;
- Como cuerpo del delito, por ejemplo, en los casos de falsedad),
- Como prueba, en las diligencias preparatorias o bien durante el desarrollo de un juicio:
- Para atestiguar las circunstancias de las lesiones;
- Como indicio de perpetración de un delito o sus circunstancias;
- Como cuerpo del delito.

Si se solicita la historia para la instrucción del forense hay que tener en cuenta que se trata de una petición extraoficial y además, sujeta a devolución, siendo por tanto, una mera colaboración graciable.

Al requerirse para atestiguar las circunstancias de las lesiones, bien en la fase de las diligencias previas, durante la instrucción del sumario o como prueba de las diligencias preparatorias o durante el juicio, para no exponer circunstancias del lesionado, sin relación directa con las lesiones o que pudiesen perjudicar al mismo, lo correcto sería emitir una certificación acerca de dichas lesiones, bajo la responsabilidad del encargado de la custodia. Por otra parte, la historia clínica, por sí misma, es difícil de entender por un perito inexperto en la materia, por lo que la remisión de este docu-

mento médico sería una práctica viciosa y de poco valor.

En los casos en los que se solicite, como indicio de perpetración de un delito o sus circunstancias, lo regulado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal y, por tanto, lo más correcto, sería un registro de papeles. Sin embargo, las dificultades prácticas que esto plantea, hacen que se pueda sustituir por la incorporación a los autos del original, Vieira Morante, (1996) y Alvarez Cienfuegos Suarez (1996), consideran que en los casos en que se vea el médico deba remitir un historial clínico, deberá hacerlo con las máximas restricciones posibles y debiendo advertir a los depositarios de la información de la especial obligación de sigilo y reserva que asumen con su custodia.

En los casos en los que la historia clínica se requiere como cuerpo del delito, sería inexcusable la remisión del original, con las mismas observaciones hechas anteriormente.

Pensamos que cumpliendo estos requisitos, se obvian una serie de problemas graves, que pueden surgir con el envío inadecuado de las historias clínicas, que pueden dar origen a Responsabilidad exigible por parte del interesado.

Para evitar movernos en un análisis excesivamente teórico me van permitir que analice los resultados de un trabajo de campo realizado hace unos años, Fernández Valdivia, Ocón, Osuna y Luna (1994), sobre 486 peticiones de Historias clínicas realizadas por la Administración de Justicia al Hospital Clínico San Cecilio de Granada durante el periodo 1985-1993.

Aun cuando los datos no son actuales, creo que reflejan con cierta precisión la realidad actual y que no han perdido su vigencia. Los Juzgados realizan las peticiones de las historias clínicas porque les son de utilidad al poder utilizar los datos que en ellas se recogen, y aunque los utilicen para aclarar problemas judiciales en ocasiones pueden provocar un conflicto entre los derechos individuales del paciente y los intereses colectivos.

Estas peticiones de la historia clínica las puede realizar la Administración de Justicia en el curso de un procedimiento penal o civil, sien-

do en este último una prueba documental, pudiendo el médico o el hospital invocar el secreto profesional para no remitir la historia clínica a no ser que sea por petición del propio paciente o con la autorización del mismo.

En el caso de un proceso penal, recoge la Constitución en su Art. 24.2 párrafo primero el derecho de la persona a no declarar contra sí misma y no confesarse culpable, por lo que si la información vulnerara este precepto, no podría ser utilizada sin su consentimiento (pensemos que el paciente al ser interrogado por el médico admite el consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva antes de un accidente de tráfico). En ciertos casos el hospital o el médico podrían negarse a remitirla sin incurrir en un delito de desobediencia grave a la autoridad (según los artículos 410 y 412 del nuevo Código Penal).

Podríamos decir por tanto que con un informe completo bastaría para que el Juzgado pudiera aclarar los motivos por los cuales se ha planteado el problema legal, siendo una forma de evitar la utilización de datos confidenciales que solo se podrían usar con el consentimiento del propio paciente. Pensamos que no es conveniente que la historia clínica completa esté en los Juzgados con el riesgo de ser revelados los datos confidenciales que contiene.

Las peticiones fueron remitidas en un 97,37% a la Dirección del Hospital, en un 0,98% a los Jefes de Departamento, en un 0,16% a la Administración del Hospital y en un 1,47% a los Departamentos Clínicos. Deberían haber sido enviadas en su totalidad a la Dirección del Hospital, ya que el hospital es el propietario de la historia clínica porque es el establecimiento que las archiva y quedan en su poder al terminar la asistencia del enfermo y como referimos en nuestra introducción se puede decir que en el terreno de hecho él es el propietario. El dilema de la propiedad de la historia clínica no puede plantearse en el contexto que plantean algunos autores, Gómez Alcalde (1998), sin tener presente el marco específico de relación laboral del médico con el centro en el que realiza su trabajo. En el caso concreto del médico legista la historia clínica tiene el carácter de medio necesario para el ejercicio de su actividad pericial, y aunque como en el caso del médico asistencial que trabaja como funcionario o contratado mantiene derechos sobre el contenido de la historia clínica (propiedad intelectual en el caso de

las publicaciones científicas), no puede admitirse un derecho de propiedad sobre la misma. Por lo mismo salvo en el caso del ámbito estricto de la medicina privada no es admisible la propiedad de la historia clínica por parte del médico funcionario o asalariado, que trabajan para una institución pública o privada

El motivo más frecuente de solicitud han sido las LESIONES (62,13%) y dentro de ellas los accidentes de tráfico han supuesto el mayor número.

En un 22,29% no se sabía el motivo de solicitud de la historia clínica. Resultaría lógico decir que si no se sabe la causa por la que se hace dicha petición, no tiene sentido enviar un documento que contiene todos los datos referentes a un paciente sin saber para qué se van a utilizar dichos datos.

Estoy en desacuerdo con Roda y Galán Cortés. (1997), ya que según estos autores es el Juez y no el médico quien decide si se cercena la historia, dado que es él quien debe velar por la confidencialidad y que la legislación vigente no permite al médico partir la historia. Únicamente esto tendría sentido en los procesos penales en los casos antes señalados.

Estas solicitudes disminuirían considerablemente si se realizase un parte de lesiones completo, especificando de forma precisa todas las lesiones que el individuo presentó en el momento en que se produjo el suceso, incluyendo también el pronóstico, pero sin tener que mencionar otros datos que ya serían confidenciales y que podrían perjudicar al propio sujeto.

No debemos olvidar que la confidencialidad es un derecho que tiene toda persona a proteger sus datos y que queda recogida en el Art. 10.3 de la Ley General de Sanidad, que nos refiere el derecho a la misma tanto en Instituciones públicas como privadas. Este derecho se entiende como aquél que tiene toda persona a que su vida privada sea respetada y protegida. Además el paciente tiene garantizado el derecho a la intimidad personal de sus datos según se recoge en el Art. 18.1 de la Constitución Española¹⁵ y a no declarar contra sí mismo según el Art. 24.2 de la misma, por lo que la información no se puede utilizar sin su consentimiento, y esto corre el riesgo de no se cumplirse al remitir la historia clínica completa, pues podrían utilizarse todos los datos que estu-

viesen disponibles en la misma y pudieran requerirse por las distintas partes a lo largo del proceso.

El Código Penal en su Art. 197.1 recoge: 152 “el que para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento se apodere de sus papeles..... “. Debemos recordar que el sujeto no es propietario de la historia clínica sino de la información que contiene la misma, es decir no es propietario de sus papeles sino de la información de los mismos. El simple hecho de ser o no propietario de la información califica el delito, y si no es propietario de la historia no le sería aplicable este artículo porque menciona “sus papeles”.

En los casos de SEPARACIÓN o DIVORCIO unas veces se ha solicitado la historia clínica del demandante (4 casos), otras la del demandado (10 casos) y en un caso la del hijo. Siempre supone un perjuicio para la parte afectada el que la parte contraria pueda utilizar datos confidenciales en su contra y sin su consentimiento, puesto que la información que aporta la historia clínica es utilizada por ambas partes en litigio. En estos casos al ser la historia clínica una prueba documental podría el médico o el hospital invocar el secreto profesional para no remitirla a no ser que sea por petición del propio paciente, pues sin su consentimiento no se deben utilizar datos que puedan perjudicarlo. Es un buen momento para recordar que el Código de Ética y Deontología Médica nos refiere en su Art. 16.1 que el secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente para su seguridad.

Es importante insistir en que no se deberían hacer peticiones de la historia clínica completa para aclarar hechos puntuales en un procedimiento legal, puesto que con un informe clínico se puede solucionar el problema, evitando añadir otros conflictos adicionales.

Si analizamos el tipo de Procedimiento nos encontramos que es el Procedimiento Penal el predominante (85,08%), le sigue el Procedimiento Civil en un 6,06% y el Laboral en un 1,96%. En un 6,88% no consta el tipo de Procedimiento, por lo que no se sabe si la información que se solicita se va a utilizar a favor o en contra del interesado, pues desconocemos si es él quien la requiere o es la parte contraria.

En nuestro estudio llama la atención que en un 66,22% no consta la fase del proceso en la que se encuentran, por lo que al hacer la petición de la historia clínica no se sabe cómo la van a utilizar, si como simple aclaración o como prueba, y es evidente que son muy diferentes ambas circunstancias.

Se observa también que en las peticiones en las que sí consta la Fase del Proceso, en un 29,83% se encuentran en Diligencias Previas, por lo que hubiese bastado un informe para aclarar los hechos, sin necesidad de utilizar toda la información de la historia clínica.

En un 1,14% se encuentran en la Fase de Diligencias Preparatorias, utilizándose en estos casos la historia clínica como prueba, estando a disposición de las dos partes, utilizando los datos que contiene, pudiendo perjudicar al interesado y sobre todo en el caso en que él no haya dado su consentimiento para utilizar dichos datos.

Al ser las lesiones la causa de petición más frecuente en las que no consta la Fase en la que están. Existen razones suficientes para pensar que hubiese bastado el envío de un informe completo y no toda la historia clínica con los datos confidenciales que contiene.

Es fundamental saber el uso que se le va a dar a la historia clínica, por lo que debería constar la Fase del Proceso y los motivos que se aducen para su solicitud.

Actualmente según el Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, 155 el paciente tiene derecho al acceso a toda su historia clínica, pudiéndole solicitar en su totalidad por los motivos que considere oportunos, con lo cual ante un problema legal el propio interesado podría aportar su historia clínica sin necesidad de hacer la petición la Administración de Justicia.

Pero también se puede plantear el caso de petición de la historia clínica en el paciente ya fallecido, planteándose tanto en un proceso penal como civil. En el caso de un proceso penal la tutela efectiva de los derechos estará representada por el Ministerio Fiscal. En el caso de un proceso civil se utilizarán aquellos datos útiles que no perjudiquen la intimidad del paciente y que pudieran hacer daño a los famil-

iares del mismo, con lo cual habría que pedir permiso a los herederos directos del fallecido o establecer para las situaciones de conflicto una comisión de arbitraje que regulara los datos que se deben utilizar sin perjudicar la intimidad o el buen nombre del fallecido. Y en el caso de que exista una información de carácter sensible debemos recordar que el fallecido es el titular de la información y según el Art. 10.5 de la Ley General de Sanidad, 156 los familiares y allegados tienen derecho a una información completa del proceso, pero en ningún caso a la historia clínica, por lo que este tipo de información no se revelará a ninguna persona.

A la vista de todo lo anterior, resulta claro, a nuestro juicio, que la solicitud de la historia clínica por parte de la Administración de Justicia en sus diferentes Instancias, es el resultado a veces de las carencias estructurales prácticas en la obtención de ciertos datos y en el desconocimiento por parte de los propios abogados de la trascendencia y características de este Documento. Por otra parte la Administración Hospitalaria carece de sensibilidad y conocimiento en este terreno y asume que cualquier petición judicial relacionada con la Justicia es en el 100% de los casos una solicitud correcta.

La solución a este problema requiere fundamentalmente información a los afectados para que conozcan los riesgos y limitaciones en el uso de este Documento. La ausencia de conocimientos médico-legales en los propios Juristas facilita la presencia de lagunas prácticas como la que hemos detectado en la petición de historias clínicas.

Un efecto nocivo derivado de las presiones de la Administración de Justicia a través de las peticiones de la historia clínica junto al inherente de la litigiosidad, es el descenso cualitativo y cuantitativo de la información recogida en la historia clínica. En este sentido debemos recordar la necesidad y la conveniencia de la cumplimentación de la mejor manera posible de este documento que será el mejor abogado defensor si se realizan denuncias contra la actuación profesional.

Me gustaría recordar un hecho que ocurre en todos los Servicios de Documentación Clínica y es la pérdida de una Hª Clínica. Se admite como normal una tasa de pérdida de historias clínicas

en torno al 0,5 por mil, Fernández-Valdivia (1995). Intentar evitar al 100% la pérdida de la historia clínica supone una misión imposible, pero puede corregirse parcialmente con un sistema de control de flujo de documentos lo más estricto posible que permita conocer quién fue el último que tuvo en su poder la historia y en su caso sería a quién habría que exigir responsabilidades. No sería de aplicación la infidelidad en la custodia de documentos, Título XIX -capítulo 40- del Código Penal, 157 en el caso de la pérdida fortuita, pero en el supuesto de un incumplimiento de las normas de manejo de la información, según el Reglamento de uso de la historia clínica que debe tener elaborado cada Servicio de Documentación clínica, o de una negligencia en su custodia, podría incurrir en una falta de imprudencia contemplada en el actual Código Penal.

La falta de custodia ha sido considerada como responsabilidad civil (STS de 27 de enero de 1997) Esta conservación de la historia ha sido considerada por la A. P. de Barcelona (15 de abril de 1996) como un deber consustancial a la praxis médica y por tanto como parte de la "Lex artis". Carrasco Gómez (1998).

La custodia y conservación de la información contenida en la historia clínica, según las conclusiones del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica, Ministerio de Sanidad y Consumo (1997), debe asegurarse durante el tiempo necesario para alcanzar el propósito que justificó su recogida y en cualquier caso, la conservación debe orientarse a preservar la información clínica y no necesariamente el soporte original.

Hay una demanda importante y creciente de solicitudes de historias clínicas por parte de la Administración de Justicia que tiene su correspondencia en que los Servicios de Documentación Clínica remiten lo solicitado, entendiendo que cualquier petición de la historia clínica está dentro del marco legal establecido. La Administración de Justicia debería controlar, limitar y adecuar las peticiones de la historia clínica a los casos estrictamente necesarios, debiendo cumplir toda la normativa que existe al respecto.

Existe un problema real con el uso inadecuado de la información de la historia clínica que puede suponer un riesgo para los derechos del

propio paciente. Salvo en los casos en que la historia clínica sea una prueba documental (malpraxis médica, etc.) se deberían realizar peticiones de informes clínicos y no de la historia clínica completa, a no ser que se cuente con la autorización expresa del paciente

Sería muy útil el desarrollo de protocolos de actuación entre la Administración de Justicia y los Servicios de Documentación Clínica que contemplasen los aspectos relativos al uso de la información médica.

Literatura citada

1. J. M. Álvarez Cienfuegos Suárez (1996) "El nuevo Código Penal y su repercusión en el secreto y la historia Clínica. El secreto y el nuevo Código Penal" III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid
2. J. J. Carrasco Gómez (1998) *Responsabilidad médica y psiquiatría*. Madrid Edit Colex.
3. R. De Angel Yagüez(1987) "Problemas Legales de la Historia Clínica en el marco hospitalario" en "Los Derechos del Enfermo" Conserjería de Sanidad y Consumo, pp 45-73, Murcia
4. Documento final del grupo de expertos en información y documentación clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid Noviembre (1997)
5. A. Fernández Valdivia(1997) "Análisis de los problemas médico-legales de la petición de H^{as} Clínicas por parte de la Administración de Justicia" Tesis Doctoral Facultad de Medicina Universidad de Murcia
6. A. Fernandez Valdivia, P. Ocón, E. Osuna y A. Luna (1994) "Placing medical information in the hands of the judiciary: Medico legal problems" Med. Law 13: 277-283
7. P.Laín Entralgo (1978)."La historia clínica". En: Balcells Gorina A et al, ed. Patología General (vol. 2). Barcelona, Ed. Toray; 1.4371.487.
8. A. Luna "Problemas Medico-Legales de la Historia Clínica en el ejercicio libre de la medicina" en "Los Derechos del Enfermo" Conserjería de Sanidad y Consumo, pp 73-82, Murcia 1987.
9. A. Luna y E. Osuna(1986) "Problemas procesales de la Historia Clínica" Med. Clínica 87: 717-718
10. A. Luna y E. Osuna(1987) "Derecho del paciente al acceso a su Historia Clínica" Med. Clínica 88: 59-60
11. A. Luna y E. Osuna(1987) "Problemas medicolegales en el almacenamiento y custodia de la Historia Clínica. Propiedad intelectual" Med. Clínica 88: 631-632
12. A. Luna y E. Osuna (1998) " Los derechos del enfermo" en J.A. Gisbert Calabuig "Medicina Legal y Toxicología" Ed. Masson 5^a Edic., Barcelona, pp 60-67
13. A. Luna, M.D. Perez-Carceles y Osuna E.(1994) "Practical Problems in the use of Medical Information" 10Th World Congress of Medical Law, Jerusalem
14. A. Piga Rivero (1977). *Documentos Médico Legales y Secreto Médico. En Colegio Oficial de Médicos, ed. Deontología, Derecho y Medicina*. Madrid. Ed. Colegio Oficial de Médicos 373-382.
15. L. Roda y J. Galán Cortés (1997) "Actualidad del Derecho Sanitario"
16. M. S..Soledad Gómez. "El secreto médico en la legislación Española actual" Revista Española de Medicina Legal 1998, N^o 84-85: 15-23
17. F. Valenzuela, A. Valenzuela y A. Luna "Problemas medico-legales de la Historia Clínica el acceso a la misma" en "Los Derechos del Enfermo" Consejería de Sanidad y Consumo ,pp 83-100, Murcia 1987
18. F. Vieira Morante (1996) "Las Querellas criminales. Derecho de los pacientes. Historias Clínicas" Mesa Redonda, Granada

ANEXO LEGISLATIVO DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LA H^a CLÍNICA

Legislación española

Código Penal vigente (1995).

Art. 197.1: "El que para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento, se apodere de

sus papeles, cartas, mensajes de correo electrónico o cualesquiera otros documentos o efectos personales o intercepte sus telecomunicaciones o utilice artificios técnicos de escucha, transmisión, grabación o reproducción del sonido o de la imagen, o de cualquier otra señal de comunicación, será castigado con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses".

Art. 197.2: "Las mismas penas se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Iguales penas se impondrán a quien, sin estar autorizado, acceda por cualquier medio a los mismos y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero.

Art. 197.3: "Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años si se difunden, revelan o ceden a terceros los datos o hechos descubiertos o las imágenes captadas a que se refieren los números anteriores.

Será castigado con las penas de prisión de uno a tres años y multa de doce a veinticuatro meses, el que, con conocimiento de su origen ilícito y sin haber tomado parte en su descubrimiento, realizara la conducta descrita en el párrafo anterior".

Art. 199.1: "El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses".

Art. 199.2: "El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a 'seis años".

Art. 410.1: "Las autoridades o funcionarios públicos que se negaren abiertamente a dar el debido cumplimiento a resoluciones judiciales, decisiones u órdenes de la autoridad superior, dictadas dentro del ámbito de su respectiva competencia y revestidas de las formalidades legales, incurrirán en la pena de multa de tres a doce meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años".

Art. 410.2: "No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirán en responsabilidad criminal las autoridades o funcionarios por no dar cumplimiento a un mandato que constituya una infracción manifiesta, clara y terminante de un precepto de Ley o de cualquier otra disposición general

Art. 412.1: "El funcionario público que, requerido por autoridad competente, no prestare el auxilio debido para la Administración de Justicia u otro servicio público, incurrirá en las penas de multa de tres a doce meses, y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años".

Art. 412.2: "Si el requerido fuera autoridad, jefe o responsable de una fuerza pública o un agente de la autoridad, se impondrán las penas de multa de doce a dieciocho meses y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de dos a tres años".

Art. 412.3: "La autoridad o funcionario público que, requerido por un particular a prestar algún auxilio a que venga obligado por razón de su cargo para evitar un delito contra la vida de las personas, se abstuviera de prestarlo, será castigado con la pena de multa de dieciocho a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de tres a seis años.

Si se tratase de un delito contra la integridad, libertad sexual, salud o libertad de las personas, será castigado con la pena de multa de doce a dieciocho meses y suspensión de empleo o cargo público de uno a tres años.

En el caso de que tal requerimiento lo fuera para evitar cualquier otro delito u otro mal, se castigará con la pena de multa de tres a doce meses y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años".

Art. 413: "La autoridad o funcionario público que, a sabiendas, sustrajera, destruyera, inutilizare u ocultare, total o parcialmente, documentos cuya custodia le esté encomendada por razón de su cargo, incurrirá en las penas de prisión de uno a cuatro años, multa de siete a veinticuatro meses, e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de tres a seis años".

Art. 414.1: "La autoridad o funcionario público que, por razón de su cargo, tenga encomendada la custodia de documentos respecto de los que la autoridad competente haya restringido el acceso, y que a sabiendas destruya o inutilice los medios puestos para impedir ese acceso o consienta su destrucción o inutilización, incurrirá en la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses y, en cualquier caso, inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años".

Art. 414.2: "El particular que destruyera o inutilizare los medios a que se refiere el apartado anterior, será castigado con la pena de multa de seis a dieciocho meses".

Art. 415: "La autoridad o funcionario público no comprendido en el artículo anterior que, a sabiendas y sin la debida autorización, accediere o permitiera acceder a documentos secretos cuya custodia le esté confiada por razón de su cargo, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses, e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años".

Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

Art. 1: "La presente Ley Orgánica, en desarrollo de lo previsto en el apartado del artículo 18 de la Constitución, tiene por objeto limitar el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos".

Art. 6.1: "El tratamiento automatizado de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento del afectado, salvo que la Ley disponga otra cosa".

Art. 10: "El responsable del fichero automatizado y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero automatizado o, en su

caso, con el responsable del mismo".

Art. 14.1: "El afectado tendrá derecho a solicitar y obtener información de sus datos de carácter personal incluidos en los ficheros automatizados".

Ley Orgánica 5 de Mayo de 1982 núm. 1/82 (Jefatura del Estado). Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Protección Civil.

Art. 2.1: "La protección del honor, de la intimidad y de la propia imagen quedará delimitada por las leyes y por los usos sociales atendiendo al ámbito que, por sus propios actos, mantenga cada persona reservado para sí misma o su familia".

Art. 2.2: "No se apreciará la existencia de intromisión ilegítima en el ámbito protegido cuando estuviera expresamente autorizada por ley o cuando el titular del derecho hubiese otorgado al efecto su consentimiento expreso".

Art. 7.4: "Tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por el Art. 20 de esta ley la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela".

Art. 8.1: "No se reputarán, con carácter general, intromisiones ilegítimas las actuaciones autorizadas o acordadas por la Autoridad competente de acuerdo con la Ley, ni cuando predomine un interés histórico, científico o cultural relevante".

Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril.

Art. 10.1. "Todos tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, económico, ideológico, político o sindical".

Art. 10.3: "Derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público".

Art. 10.5: "A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento".

Art. 61: "En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes".

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Art. 37.1 "Los ciudadanos tienen derecho a acceder a los registros y a los documentos que, formando parte de un expediente, obren en los archivos administrativos, cualquiera que sea la forma de expresión, gráfica, sonora o en imagen o el tipo de soporte material en que figuren, siempre que tales expedientes correspondan a procedimientos terminados en la fecha de solicitud.

Art. 37.2: "El acceso a los documentos que contengan datos referentes a la intimidad de las personas estará reservado a éstas, que, en el supuesto de observar que tales datos figuran incompletos o inexactos, podrán exigir que sean rectificadas o completadas, salvo que figuren en expedientes caducados por el transcurso del tiempo, conforme a los plazos máximos que determinen los, diferentes procedimientos, de los que no pueda derivarse efecto sustantivo alguno".

Art. 37.6: "Se regirán por sus disposiciones específicas: apartado b) El acceso a documentos y expedientes que contengan datos sanitarios personales de los pacientes".

Orden de 6 Septiembre 1984 (Ministerio de Sanidad y Consumo). Obligación de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios.

Art. 1: "Se establece la obligación de elaborar un informe de alta para los pacientes que, habiendo sido atendidos en un Establecimiento Sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia".

Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

ANEXO 1: Servicios de información y documentación sanitaria. Constituyen servicios en materia de información y documentación sanitaria y asistencias: y en el punto número 6 refiere: "La comunicación o entrega, a petición del interesado de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

Resolución de la Dirección General de Sanidad sobre el libro de registro de enfermos de los establecimientos sanitarios con régimen de internado.

Núm. 6: "La cumplimentación de los distintos apartados del libro de registro se realizará de acuerdo con las siguientes normas:

Número de orden de entrada: Comenzará con el primer ingreso producido en el año, numerando correlativamente los sucesivos ingresos que se produzcan hasta finalizar el mismo.

Número de historia clínica: Se anotará el número que corresponda de acuerdo con el sistema de numeración que tenga establecido el Centro hospitalario".