



ECOS Y COMENTARIOS

Ricardo de Lorenzo

NUEVA LEY CATALANA QUE REGULA LA CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

El pasado lunes 28 de junio se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 16/2010, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

Esta Ley viene a actualizar los periodos de conservación de la historia clínica que deberán ser tenidos en cuenta por aquellos centros sanitarios y profesionales que ejerzan en Cataluña. Como es sabido, 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, establece en su artículo 17 la obligación de conservar la documentación clínica durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.



En Cataluña, se promulgó, con carácter anterior a la citada Ley 41/2002, la Ley 21/2000, en la que se establecía que la historia clínica se debía conservar como mínimo hasta veinte años desde la muerte del paciente. Como es evidente esto ha generado numerosos problemas a los centros médicos y profesionales sanitarios puesto que es de gran dificultad conocer la fecha de fallecimiento de un paciente, más aún cuando puede tratarse de un paciente que no acude a la clínica desde hace tiempo. Esta situación, en la práctica, ha generado que la documentación se guarde indefinidamente, provocando problemas de espacio y almacenamiento de la documentación clínica, pudiendo repercutir, asimismo, en la organización y funcionamiento del centro.

Por este motivo y dado que la finalidad principal de la historia clínica es garantizar una prestación sanitaria adecuada, la nueva normativa ha venido a modificar el plazo de conservación de la misma partiendo, como hace la Ley 41/2002, de la fecha del alta asistencial.

No obstante, no se dispone de un plazo único de conservación de las historias sino que se establece un periodo de 15 años a contar desde la fecha del alta asistencial para la conservación de los siguientes documentos: las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias, los informes de necropsia y los informes de anatomía patológica.

La documentación no mencionada expresamente y que forma parte de la historia clínica podrá destruirse transcurridos cinco años desde la fecha de alta. Asimismo, se dispone la creación de una comisión técnica en materia de documentación clínica, que se compondrá de representantes de la Consejería Catalana de Sanidad, de la Agencia Catalana de Protección de Datos y si procede por los entes y organismos adscritos, las organizaciones que agrupan los centros y las instituciones sanitarias de Cataluña y las sociedades científicas. Esta comisión deberá establecer una serie de criterios en función de los cuales deberá conservarse la documentación que sea relevante a efectos asistenciales, que debe incorporar el documento de voluntades anticipadas, y la documentación que sea relevante, especialmente, a efectos epidemiológicos, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.