

LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

La documentación clínica constituye uno de los elementos fundamentales en la relación Médico–Paciente, reiteradamente reconocido por nuestra Doctrina y Jurisprudencia como medio para acreditar la cumplimentación por parte de los profesionales sanitarios de los derechos reconocidos, con carácter básico, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, así como elemento esencial de prueba de la conducta observada por el profesional sanitario.

La atención que, a la documentación sanitaria, otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance, como reflejan, entre otros, sus artículos 9 y 10 así como en sus normas reglamentarias de desarrollo, parcialmente derogados por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Sin embargo, la regulación de la documentación clínica ha sido objeto, con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, de diversas matizaciones y ampliaciones, llevadas a cabo por normas y disposiciones de distinto rango. Así, por ejemplo, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal califica los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión, habiendo sido ya esta defensa de la intimidad de los datos sanitarios puesta de manifiesto por la Directiva Comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos, etc.

Posteriormente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguló con carácter básico cierta documentación clínica, entre la que cabe citar el documento del consentimiento informado, el documento de instrucciones previas, la historia clínica, el informe de alta y la emisión de certificados médicos, señalando, por último, el artículo 23 de dicha Ley que los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en la materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

Pero es que, además, las obligaciones de los profesionales sanitarios con respecto a la documentación clínica, información técnica, estadística y administrativa, no se agotan con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sino que otras disposiciones legales, como la Ley de Enjuiciamiento Criminal, la Ley de Enjuiciamiento Civil, o la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, imponen determinadas obligaciones a los profesionales sanitarios con respecto a la documentación clínica.

Por otra parte, tanto las Comunidades Autónomas, como los Colegios Profesionales y la Organización Médica Colegial, a través del Código de Ética y Deontología Médica, también han colaborado en el establecimiento de determinadas obligaciones con respecto a la documentación sanitaria.

Todo lo anteriormente expuesto configura la existencia de un marco jurídico, ético y deontológico muy disperso con respecto a la documentación clínica y una ausencia sistemática, si bien paliada en parte mediante la promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, tanto a nivel estatal como autonómico de la documentación sanitaria.

No puede olvidarse que la documentación sanitaria, en la medida en que se elabora por los profesionales sanitarios para facilitar la asistencia a los pacientes y para dar cumplimiento a las obligaciones que a



Pie de la noticia

aquéllos imponen las distintas normas jurídicas, plantea a los citados profesionales sanitarios problemas nuevos y complejos derivados, de una parte, del uso de los sistemas informáticos para almacenar y tratar la información sanitaria y, de otra, por la presencia de intereses públicos relevantes en una sociedad democrática que pueden justificar, en ocasiones, una utilización de los datos personales relativos a la salud de los ciudadanos en atención a intereses generales debidamente motivados y reconocidos por las leyes.

A mayor abundamiento, debe señalarse que, hoy en día, la documentación sanitaria se elabora cada vez con más frecuencia por equipos de profesionales multidisciplinares integrados en el Sistema Nacional de Salud, por lo que surge la necesidad de contemplar los derechos y obligaciones con respecto a la citada documentación sanitaria de todos aquellos sujetos que guardan relación con la misma, esto es, los facultativos que la elaboran, los pacientes para cuya asistencia se deja constancia de sus datos personales y sanitarios y los centros sanitarios que son los encargados de la custodia de los datos referentes a la salud de los pacientes. Y todo ello, en un marco jurídico que presta especial atención a la defensa de la intimidad de las personas, como al libre ejercicio del derecho a la difusión de la información que consta en la documentación clínica.