

Recomendación 2/2004, de 30 de julio, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, sobre Custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las historias clínicas no informatizadas (aprobada por Resolución del Director de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid con fecha 30-7-2004) (BO. Comunidad de Madrid 12 agosto 2004, núm. 191, [pág. 7])

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, haciéndose eco del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997 y que ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000, así como de la Recomendación de 13 de febrero de 1997, del Consejo de Europa, relativa a la protección de los datos médicos, establece como su primer principio básico que la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

Esta Norma entró en vigor en el mes de mayo de 2003 y se puede decir que a partir de ese momento es la norma de referencia en España que completa las previsiones de la Ley General de Sanidad, definiendo y regulando la historia clínica, sin perjuicio de que en cada Comunidad Autónoma con competencias en materia sanitaria se pueda completar dicho Texto Legal. Por lo que afecta a la Comunidad de Madrid y con el objetivo de completar este marco normativo, está constituido en el seno de la Consejería de Sanidad y Consumo un Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica que está analizando diferentes aspectos a incorporar en esta nueva Ley autonómica, aspectos tales como el acceso a la documentación clínica, uso profesional de la historia clínica, acceso de los pacientes y de otras entidades, circulación intrahospitalaria y extrahospitalaria.

No obstante, en la actualidad hay que acudir a la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que establece como principios de la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, la orientación al ciudadano como persona, su autonomía y la garantía de los derechos a la intimidad y a la protección de datos de carácter personal.

De acuerdo con el Capítulo V de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la historia clínica tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, que comprenderá el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de que sea objeto, e incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Por otra parte, en dicho Texto Legal se insiste, se refuerza y remarca el reconocimiento del derecho de toda persona a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por Ley, estableciendo como principios básicos de la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica, la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de la voluntad y la intimidad.

Pero, además, la historia clínica es la fuente de información necesaria para otros muchos fines para los que debe ser útil, entre los que se enumeran los judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, todos ellos legítimos y constitutivos de actuaciones fundamentales del Sistema Sanitario, y en función de los cuales la referida Ley también procede a la regulación de su contenido, archivo, tratamiento y uso.

En esta medida hay que entender que los datos personales contenidos en todos los documentos e información que forma parte de la historia clínica, sin perjuicio de las previsiones legales anteriores, están amparados y protegidos muy especialmente por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que los define en su artículo 7 como datos especialmente protegidos, dado que son datos de salud de los ciudadanos, estableciendo un régimen especialmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

En consecuencia, los datos personales relativos a la salud que forman parte de la historia clínica van a constituir parte de un fichero informático o manual estructurado que va a estar conformado por el

conjunto de historias clínicas de cada centro asistencial, cuyo tratamiento y uso entra dentro del ámbito de aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, todo ello, de conformidad con lo previsto en su artículo 2, al establecer que la presente Ley será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado.

Partiendo de esta premisa, es decir, de la existencia de ficheros estructurados, bien de forma manual o bien de forma informatizada, que contienen todas las historias clínicas de cada centro asistencial, y con independencia de que el futuro es tender hacia la historia clínica informatizada en la medida que, presumiblemente, a través de ella se va a posibilitar una mayor seguridad con la aplicación del Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, que aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal, sin embargo, hoy en día todavía son muchos los centros asistenciales, tanto en la Comunidad de Madrid como fuera de ella, que no cuentan con procedimientos automatizados para la gestión completa de las historias clínicas y siguen utilizando en su mayor parte el tratamiento manual para dicha gestión. Esta circunstancia implica la necesidad de que se vayan implantando protocolos de actuación para garantizar que la confidencialidad de los datos de salud no se vea vulnerada por personas no autorizadas, para evitar que esta información y documentación sea cedida a terceros sin las debidas garantías y previsiones legales para establecer medidas de custodia y archivo; en definitiva, se tratará de protocolos orientados a proteger la intimidad de los pacientes, todo ello teniendo en cuenta además que el referido Reglamento de Medidas de Seguridad está destinado a los ficheros y tratamientos informatizados.

La Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid, establece que la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ejercerá la función de control sobre los ficheros de datos de carácter personal creados o gestionados, entre otros, por las instituciones de la Comunidad de Madrid y por los órganos, organismos, entidades de derecho público y demás entes públicos integrantes de su Administración Pública (artículo 2), por lo que todos los centros asistenciales dependientes del IMSALUD y de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid están dentro del ámbito de aplicación de dicha Ley.

La Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta que la mayoría de los ficheros y tratamientos de datos de historias clínicas de los referidos centros asistenciales están en funcionamiento con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y de conformidad con la función que tiene reconocida en el artículo 15.d) de la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid, considera conveniente el realizar una serie de recomendaciones sobre medidas de custodia y archivo de historias clínicas no informatizadas, para que desde la óptica de la protección de datos sirvan de ayuda y referencia a los centros e instituciones públicas sanitarias de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta tanto la peculiaridad de los ficheros manuales de datos de carácter personal como el hecho de que la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, establece en su disposición adicional primera un período de doce años, a contar desde el 24 de octubre de 1995, para que los ficheros y tratamientos no automatizados se adecuen a dicha Ley Orgánica, sin perjuicio del ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación por parte de los afectados.

Esta recomendación no tiene carácter normativo, sino que es un documento programático, en la medida en que pueda servir como punto de referencia a tener en cuenta por los poderes públicos en materia sanitaria de la Comunidad de Madrid. No tiene más objeto que el de intentar aclarar aquellas dudas que, desde la perspectiva de la protección de datos, se les pueden plantear en relación con la custodia y el archivo de la información de carácter personal que consta en las historias clínicas no informatizadas de los distintos centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.

En consecuencia y en uso de las funciones que tiene atribuidas por Ley, la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, recomienda:

Primero. Archivo y custodia del fichero de historias clínicas

1. Responsable del fichero de historias clínicas.

Atendiendo a la definiciones que tanto la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), como la Ley 8/2001, de 13 de julio de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid (en adelante LPDCM), recogen sobre el responsable del fichero, éste es quien decide sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento, por lo que, en principio, la responsabilidad del archivo y gestión del fichero de historias clínicas será de la dirección del centro sanitario, ello sin perjuicio de que tal y como prevé la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en aquellos centros con pacientes hospitalizados o que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier modalidad asistencial, la gestión y custodia del fichero se encomiende a una Unidad de Admisión y Documentación Clínica (en adelante UNADC) que deberá crearse en cada uno de los centros en que exista un fichero de historias clínicas.

No obstante, sería recomendable, en los términos que prevea la legislación autonómica y lo desarrolle la Consejería de Sanidad y Consumo a la que corresponde la organización del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, que en aquellos centros sanitarios que no encajen en el apartado anterior, se creasen, si es posible, servicios equivalentes que se encargasen del archivo y custodia de la historia clínica.

2. Criterios de archivo.

Los criterios básicos de archivo están contenidos 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 (en adelante Ley 41/2002), y así se regula que cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que quede garantizada su seguridad, su correcta conservación, la recuperación de la información y se posibilite el ejercicio de los derechos que se reconocen al interesado.

Por otra parte, cada historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración en cada institución asistencial como mínimo para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial. Se promoverá la máxima integración posible de las historias clínicas, existiendo, como máximo, un único fichero en cada centro.

Segundo. Seguridad del fichero de historias clínicas

1. Documento de seguridad.

Todas las medidas de seguridad a implantar por cada centro asistencial en relación con la custodia y accesos al fichero de historias clínicas deberán garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en ella y evitar accesos no autorizados, controlando quién está utilizando la historia desde su salida del fichero hasta su devolución. Estas medidas deberán estar documentadas necesariamente por escrito, siendo responsabilidad de cada centro la elaboración de este documento y su difusión y conocimiento por todo el personal que pueda tener participación en la gestión, manejo o utilización de las historias clínicas.

2. Obligaciones del personal.

Para fijar las obligaciones del personal de cada centro, habrá que distinguir entre los profesionales de la sanidad que asistirán al paciente, del personal de administración y gestión, señalando que con carácter general ambos están obligados por el deber de secreto, deber que con carácter genérico y respecto de los datos de carácter personal viene previsto en el artículo 10 de la LOPD y en el artículo 11 de la LPDCM.

Los profesionales asistenciales que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica completa de éste, como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

El personal de administración y gestión de los centros e instituciones sanitarias sólo podrá acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones que podrán estar relacionadas, por ejemplo, con la admisión del paciente, cita previa, funciones contables y presupuestarias,

etcétera.

No obstante, le corresponderá a la Comunidad de Madrid establecer a través de la Ley, el procedimiento de adaptación y diferenciación de accesos a la historia clínica.

3. Relación de personal autorizado.

En la UNADC o Servicio equivalente que gestiona el fichero de historias clínicas, debería constar una relación detallada de todo el personal con posibilidad de acceso a las historias clínicas. El detalle de la relación anterior se podría hacer de forma nominativa o por perfiles profesionales, diferenciando, siempre que fuera posible, entre el personal profesional sanitario y el personal administrativo, y también qué documentos son accesibles por ambos, teniendo en cuenta lo señalado en el apartado anterior. A través de dicha relación, la UNADC o Servicio equivalente autorizará o no el acceso a los documentos de la historia clínica.

A estos efectos, se recomienda que se archive separadamente toda la documentación clínica que forma parte del contenido de la historia clínica y que viene perfectamente detallada en el artículo 15 de la Ley 41/2004, de toda la documentación administrativa que, aunque no forma parte de la historia clínica, sin embargo la gestión de la historia puede generar, como por ejemplo, las hojas de admisión, hojas de cita previa, documentos contables, facturación, costes económicos de las pruebas, etcétera.

4. Control de acceso físico al archivo.

Únicamente el personal destinado en la UNADC o Servicio equivalente es el que podrá tener acceso a los locales donde esté ubicada dicha Unidad, estableciendo a estos efectos las medidas de control necesarias. Estas medidas de control deberán prever la excepcionalidad de posibles situaciones de urgencia en las que habrá que utilizar los medios necesarios para evitar el peligro que se puede ocasionar a las personas y bienes muebles, entre los que se encuentra la posibilidad de acceso a personas ajenas a estas dependencias (bomberos, servicios de emergencia, policía etcétera). Por otra parte el personal de limpieza o de mantenimiento que pueda acceder a estos locales con carácter general, debería acceder dentro de los horarios de trabajo del personal propio de la UNADC o Servicio equivalente.

Igualmente, los locales deberán contar con los medios de seguridad necesarios que eviten los riesgos que se puedan producir como consecuencia de incidencias fortuitas o intencionadas, tales como incendios, fugas de agua, etcétera. A estos efectos podrán instalar detectores de incendios, extintores de incendios debidamente señalizados, armarios ignífugos para el archivo de los documentos, etcétera.

5. Gestión de los documentos que constan en la historia clínica.

A estos efectos, se entiende conveniente diferenciar dos momentos de la historia clínica, y así el primer momento sería aquel en que la historia clínica está activa y que la Ley entiende que deberá conservarse para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. El segundo momento sería cuando ha transcurrido el plazo anterior y la historia clínica se convierte en pasiva, pero sin embargo se debe de conservar a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente, o cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

En el primer momento las historias clínicas deberían tener un único código identificador por centro y contener información suficiente para identificar de forma clara a cada paciente y tratar de evitar errores.

En el segundo momento, cuando las historias clínicas se convierten en pasivas, se tratarían de archivar, como regla general, separando los datos identificativos de los documentos clínicos, de manera que se garantice el anonimato del paciente.

6. Identificación del personal externo a la UNADC o Servicio equivalente que accede a la historia

clínica y registro de accesos.

En el momento que cualquiera de las personas autorizadas soliciten el acceso a los datos de una historia clínica, se constatará por la UNADC o Servicio equivalente que están autorizados y figuran en la relación detallada del punto 3 de la presente Recomendación, así como cuáles son los datos a los que pueden acceder, facilitando el acceso y entregando la documentación solicitada. A estos efectos se deberá mantener un registro de entrada/salida de historias clínicas que permita conocer el código de la historia, la fecha del acceso, el destinatario y la fecha de devolución.

Tercero. Conservación, expurgo y cesiones de datos de la historia clínica

1. Conservación.

a) Custodia por los centros.

Los centros e instituciones sanitarias tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. A estos efectos la Comunidad de Madrid puede regular y establecer por Ley, al igual que ya lo han realizado otras Comunidades Autónomas, un plazo superior de conservación.

La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En este último caso, su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

Se podrá diferenciar dentro del fichero de historias clínicas, tal y como se recoge en el punto 5 de la presente Recomendación, entre las que corresponden a un episodio activo que todavía no ha concluido y aquéllas que constituyen el archivo pasivo por corresponder a episodios concluidos. Las previsiones establecidas en la presente Recomendación serían de aplicación a cualquiera de las dos modalidades.

b) Custodia por terceros.

El acceso a datos por cuenta de terceros viene regulado en el artículo 12 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, como una posibilidad de acceder a los mismos cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de servicios por parte de un tercero al responsable del fichero. La particularidad de este tipo de acceso es que no tiene la consideración de comunicación o cesión de datos, no siendo necesario por tanto el consentimiento de los afectados para que pueda materializarse.

No obstante, lo que sí se prevé como indispensable para que el servicio pueda prestarse es que la realización del tratamiento por parte del tercero deberá estar regulada en un contrato en el que se recogerán las condiciones e instrucciones fijadas por el responsable del fichero para la prestación del servicio, la finalidad del tratamiento y la imposibilidad de la comunicación de los datos a otras personas distintas del prestador. Se estipularán igualmente las medidas de seguridad que el tercero deberá implantar en el sistema de tratamiento que utilice para la prestación del servicio.

Por lo que se refiere a la gestión de la historia clínica no informatizada, en la actualidad se está extendiendo entre los centros sanitarios la práctica consistente en externalizar el tratamiento de las historias clínicas, a través de los llamados contratos de outsourcing. Por medio de los mismos, son entidades privadas, con personalidad jurídica distinta de la del responsable de las historias clínicas, quienes custodian los archivos. Estas entidades privadas no pueden subcontratar el almacenamiento de las historias clínicas.

Asimismo, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.3 de la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid, estos contratos de servicios de tratamiento de datos de carácter personal deberán de ser comunicados a esta Agencia de

Protección de Datos de la Comunidad de Madrid con anterioridad a su perfeccionamiento.

2. Expurgo.

Con periodicidad anual y siguiendo los criterios de la Comisión Central de Documentación Clínica que ha sido prevista por el Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica u órgano equivalente que se cree en la futura Ley autonómica, se realizará, por parte de la UNADC o Servicio equivalente, una propuesta de expurgo y destrucción de los documentos de las historias clínicas correspondientes a episodios concluidos y que tengan una antigüedad superior al período establecido en la normativa vigente como mínimo u obligatorio de conservación de las mismas.

Analizada la propuesta por la dirección del centro o institución, si se autorizara la destrucción de la documentación propuesta, ésta se realizará mediante la utilización de los medios, propios o ajenos, suficientes y con la garantía de mantener la confidencialidad de la información y su efectiva destrucción, siendo responsable de la misma la UNADC o Servicio equivalente.

3. Cesiones de datos de la historia clínica no informatizada.

La Ley 41/2002, aunque lo regula dentro de su artículo 16 bajo la figura del acceso a la historia clínica, realmente y bajo la óptica de la protección de datos, cuando el acceso se produce con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia, se trataría de una cesión de datos, pues el acceso a la misma es por un tercero diferente al centro/institución sanitaria.

Con carácter general, la LOPD establece la norma general (artículo 11.1) referente a que los datos de carácter personal sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y cesionario con el previo consentimiento del interesado.

Sin embargo, dicha norma general no será de aplicación cuando exista una Ley que prevea la posibilidad de la cesión de datos. Así, seguidamente se detallan algunos supuestos legales en los que dentro del ámbito sanitario quebraría el principio del consentimiento para que los datos clínicos o administrativos pudieran ser cedidos.

a) Cesiones para realizar estudios epidemiológicos.

La LOPD, en lo referente a las cesiones de datos para realizar estudios epidemiológicos, establece como condición que la misma se realice según lo preceptuado por la legislación sobre sanidad estatal o autonómica.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, establece que el acceso a la historia clínica con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia obliga a preservar los datos de identificación personal de los pacientes separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

En este sentido, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, atribuye como función de la Autoridad en Salud Pública la promoción de la vigilancia epidemiológica tanto de las enfermedades transmisibles como no transmisibles, y de todos los determinantes del proceso salud-enfermedad relacionados con la interacción del individuo con el medio, estableciendo el artículo 55.5 de dicha Ley que para el cumplimiento de tal fin, y con sujeción a lo establecido en la norma estatal y autonómica aplicable a la materia de protección de datos de carácter personal, los datos relativos a la salud serán cedidos a la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid por parte de los responsables de los ficheros, cualquiera que sea su titularidad, cuando resulten necesarios para prevención de la enfermedad, o la realización de estudios epidemiológicos.

b) Cesiones a órganos jurisdiccionales.

Con carácter específico, la propia Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, prevé en su artículo 11.2.d) que no será necesario el consentimiento del

afectado cuando la comunicación o cesión de datos tenga por destinatario, entre otros, a los jueces o tribunales en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas.

Esta previsión legal se recoge igualmente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y así se regula el acceso a la historia clínica con fines judiciales estableciendo que en estos supuestos y cuando la investigación de la autoridad judicial se considere imprescindible, se unificarán los datos identificativos de los pacientes con los clínicos asistenciales.

En consecuencia, en estos supuestos se entiende necesario que la petición judicial venga motivada y concrete los documentos de la historia clínica que sean precisos conocer para su actuación e investigación, procediéndose por el centro al envío de una copia de los mismos o a facilitar el acceso dentro del propio centro.

c) Cesiones a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Éste es un supuesto de cesión de datos que con carácter específico la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, no ha previsto, pero que sin embargo en la realidad se produce con frecuencia.

Con carácter general la LOPD regula esta situación de forma independiente en el artículo 22.2 y establece que la recogida y tratamiento de datos de carácter personal por las fuerzas y cuerpos de seguridad para fines policiales se realizará sin consentimiento de las personas afectadas, siempre que obedezcan a dos finalidades, como son: La prevención de un peligro real para la seguridad pública, o la represión de infracciones penales.

Tratándose de datos de salud, el propio artículo 22, en su apartado 3, establece que en estos supuestos la recogida y tratamiento podrá realizarse exclusivamente en los supuestos en que sea absolutamente necesario para los fines de una investigación concreta, sin perjuicio del control de legalidad de la actuación administrativa o de la obligación de resolver las pretensiones formuladas, en su caso, por los interesados que corresponda a los órganos jurisdiccionales.

Esta posibilidad de recogida y tratamiento deriva de la actividad de investigación policial reconocida a las fuerzas y cuerpos de seguridad en la Ley Orgánica 2/1986, sobre fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado (artículo 11).

En consecuencia y dado que la LOPD, al tratarse de un acceso a datos de salud que tienen la consideración de especialmente protegidos, establece que la actuación policial debe tener un control de legalidad, se entiende que en estos supuestos la petición policial deberá venir autorizada preferentemente por el órgano judicial correspondiente y deberá motivarse, concretando los documentos de la historia clínica que sean precisos conocer para la investigación, procediéndose por el centro al envío de una copia de los mismos o a facilitar el acceso dentro del propio centro.

d) Cesiones a la inspección médica.

Este es otro supuesto que estaría excepcionado del consentimiento de los pacientes para poderse llevar a efecto, habida cuenta que viene previsto expresamente en la Ley.

Así, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, prevé en su artículo 16.4 que el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones. En consecuencia y una vez quede justificada la petición de acceso se facilitará el mismo por parte del centro.

e) Cesiones de datos para la Intervención de la Comunidad de Madrid.

En numerosas ocasiones, los responsables de ficheros de la Comunidad de Madrid han planteado a esta Agencia de Protección de Datos si es factible ceder datos de carácter personal a la Intervención de la Comunidad de Madrid.

En este caso, se ha interpretado que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la habilitación para que se cedan datos personales a la Intervención de la Comunidad de Madrid se encuentra en el

artículo 82 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, de Hacienda de la Comunidad de Madrid, en virtud del cual todos los actos, documentos y expedientes de la Administración de la Comunidad de los que se deriven derechos y obligaciones de contenido económico, serán intervenidos y contabilizados con arreglo a lo dispuesto en dicha Ley y en sus disposiciones complementarias, y en el artículo 83.3.c) de la citada Ley 9/1990, de 8 de noviembre, de Hacienda de la Comunidad de Madrid, que establece como competencia inherente a la función interventora recabar de quien corresponda, cuando la naturaleza del acto, documento o expediente que deban ser intervenidos lo requiera, los asesoramientos jurídicos y los informes técnicos que considere necesarios, así como los antecedentes y documentos para el ejercicio de esta función.

f) Cesiones de datos disociados.

Atendiendo a la regulación prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se define en el artículo 3.f) el término de disociación como todo tratamiento de datos personales de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable.

En este sentido, el considerando 26 de la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de datos, establece que los principios de la protección deberán aplicarse a cualquier información relativa a una persona identificada o identificable; que para determinar si una persona es identificable hay que considerar el conjunto de los medios que puedan ser razonablemente utilizados por el responsable del tratamiento o por cualquier otra persona, para identificar a dicha persona; que los principios de la protección de datos no se aplicarán a aquellos datos hechos anónimos de manera tal que ya no sea posible identificar al interesado.

En la medida que los datos personales que obran en la historia clínica no informatizada se comuniquen de forma disociada, de tal forma que no puedan identificarse dichos datos con una persona física concreta y determinada, dejan de tener el carácter de dato personal y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, quedan fuera del ámbito de aplicación de la misma, por lo que dicha información podría ser facilitada sin contravenir por ello la legislación en materia de protección de datos.

g) Cesión por cambio de médico y/o centro asistencial.

Cuando el paciente ejerza su derecho a la elección o cambio de médico y/o centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, el nuevo médico responsable, con la autorización expresa y por escrito del paciente, podrá solicitar, a través de la UNADC o Servicio equivalente de su centro, a la UNADC o Servicio equivalente del centro de origen, el original completo de la historia clínica de su nuevo paciente. Esta información se incorporaría a la historia clínica abierta en el nuevo centro que sería responsable legal de su custodia y archivo a partir de ese momento.