

# Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria

Mayo de 2003

**Comisión de Documentación Clínica Dirección Asistencia Sanitaria**

© Administración Comunidad Autónoma País Vasco Osakidetza / Servicio vasco de salud  
Depósito Legal: BI-2300-03 www.osakidetza-svs.org

## PRESENTACIÓN

Ante la entrada en vigor de la Ley Básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que entró en vigor el pasado 16 de mayo, la Comisión de Documentación Clínica del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, a través de la Subcomisión de Atención Especializada, ha elaborado un documento en el que se especifican y procedimentan aquellos aspectos relevantes de la citada Ley que se relacionan con el circuito de acceso a la documentación clínica en los centros hospitalarios.

Este manual pretende ser una herramienta especialmente útil para los Servicios de Documentación Clínica y Archivo, las Unidades de Gestión Sanitaria y los Servicios de Atención al Paciente y Usuario. Interesa asimismo, a cualquier Servicio y/o profesional que en un momento determinado reciba una solicitud de acceso a la Historia Clínica de un paciente. La solicitud y/o la entrega de la información pueden implicar a los tipos documentales de un determinado episodio asistencial o puede requerir un informe específico. De ahí la importancia de valorar la petición y facilitar la información pertinente.

Se incide en los Derechos de acceso a la documentación de la historia clínica y en los procedimientos y plazos de acceso para regular este derecho. El documento ha sido revisado por la Subdirección de Asesoría Jurídica de Osakidetza/Servicio vasco de salud, y su conocimiento ayudará a poner en práctica los aspectos recogidos en el artículo 18 de la citada Ley 41/2002, garantizando los derechos del paciente por una parte y los derechos de terceras personas implicadas por otra.

Vitoria-Gasteiz, 30 de junio de 2003

**Jon Darpón Sierra**  
DIRECTOR DE ASISTENCIA SANITARIA

## **GRUPO DE TRABAJO**

### **COMPONENTES DE LA COMISION CENTRAL DE DOCUMENTACION CLINICA SUBCOMISION ATENCION ESPECIALIZADA**

#### **PRESIDENTE**

**Dr. Julián Salvador Blanco.** Dirección Médica. Hospital San Eloy

#### **SECRETARIA**

**Dra. Adelina Pérez Alonso.** Subdirección de Asistencia Especializada (Organización Central- Osakidetza)

#### **VOCALES**

##### **Dra. Maite Barriola Lerchundi**

Servicio de Documentación Clínica (Hospital Txagorritxu)

##### **Dr. Javier Basterretxea Peña**

Unidad de Gestión Sanitaria (Hospital Donostia)

##### **Dra. Purificación Busturia Gimeno**

Servicio de Documentación Clínica (Hospital de Cruces)

##### **Dra. M José Echavarri Lasa**

Servicio de Documentación Clínica (Hospital Santiago Apóstol)

##### **Dra. Elena Gutiérrez Alonso**

Servicio de Documentación Clínica (Hospital de Basurto)

##### **Dr. Jon Letona Aramburu**

Subdirección de Calidad Asistencial (Organización Central - Osakidetza)

##### **Dra. M Isabel Mendiburu Pérez**

Servicio de Documentación Clínica (Hospital Donostia)

##### **Dña. M Jesús Ruiz de Ocenda García**

Asesora de Enfermería (Organización Central- Osakidetza)

##### **Dr. Javier Yetano Laguna**

Servicio Admisión y Documentación Clínica (Hospital de Galdakao)

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Objetivo de esta propuesta</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Principios básicos</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Consideraciones</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Procedimiento de acceso a los documentos de la Historia Clínica</b>	<b>5</b>
	Si el peticionario es el propio paciente	6
	Si el peticionario es persona autorizada por el paciente	6
	Si el peticionario no es el paciente ni persona autorizada	7
	Si lo solicita una compañía aseguradora	8
	Si lo solicita otro hospital o centro de salud o médico ajeno a Osakidetza	8
	Si lo solicita el juzgado	9
	Si lo solicita un médico o enfermera de la administración sanitaria	9
	Si es personal de gestión administrativa del propio hospital	9
	Si es un servicio clínico del hospital por motivos de investigación, revisión de resultados o estudio de calidad	9
<b>6</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>Bibliografía utilizada</b>	<b>10</b>

## Introducción

En nuestro país, en las últimas dos décadas, como en otras áreas de la sociedad, se han producido importantes cambios en la legislación sanitaria. Durante este tiempo se ha configurado el Sistema Nacional de Salud cubriendo la asistencia al 100% de la población. En 2002 terminó la transferencia de la sanidad a las Comunidades Autónomas y el sistema ha quedado formado por 17 Servicios Regionales de Salud. Se han promulgado varias leyes sobre sanidad, tanto nacionales como autonómicas, y se ha pasado de una situación de inexistencia de leyes específicas, a otra en la que están plenamente reconocidos los derechos de autonomía, información y confidencialidad en el ámbito de la sanidad.

Estos importantes cambios están suponiendo un gran esfuerzo de adaptación de los profesionales sanitarios y en especial de los Servicios de Documentación Clínica y los archivos hospitalarios. Estos deben, por un lado, asegurar la confidencialidad de los datos contenidos en las historias clínicas y en general en los Sistemas de Información hospitalarios y, por otro, facilitar el acceso a la historia clínica al ciudadano y a personas autorizadas. EL garantizar estos dos derechos (confidencialidad y acceso), a veces, es difícil llevarlo a la práctica ya que, con frecuencia, colisionan entre ellos como cuando no es el propio paciente el que pide el acceso a los datos por ser menor de edad, estar imposibilitado o haber fallecido. El derecho de acceso también puede afectar al derecho de terceras personas.

Por ello, en aras de asegurar de forma efectiva los derechos del ciudadano y la funcionalidad de los servicios de documentación y archivos hospitalarios, es necesario desarrollar procedimientos que regulen la puesta en práctica de dichos derechos. Por otra parte, la nueva Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (1), en vigor desde mayo de 2003, trata este tema e insta a los centros sanitarios a que desarrollen el procedimiento que garantice estos derechos.

## Objetivo de esta propuesta

Proponer a la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza un procedimiento concreto de acceso a la historia clínica que, respetando la legislación vigente (Ley General de Sanidad (2), Ley de protección de datos de carácter personal (3), Convenio de Oviedo (4) y la legislación autonómica (5,6,7)) y teniendo en cuenta la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (1), se pueda aplicar en los hospitales de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

## Principios básicos

Las normas establecidas se basan en los siguientes principios extraídos de la legislación vigente:

- EL titular del derecho a la información es el paciente.
- Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales.
- Toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.
- EL paciente, o la persona autorizada por él, tiene derecho al acceso a la documentación de la historia clínica.
- El derecho al acceso del paciente a la documentación de su historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés

terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en la elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

## Consideraciones

A efectos prácticos, es importante distinguir entre el derecho a la información y el derecho al acceso a la documentación de la historia.

### **a. Derecho a la información:**

- EL paciente tiene derecho a toda la información disponible sobre su salud relativa al diagnóstico, pronóstico, pruebas y alternativas de tratamiento con sus riesgos y consecuencias.
- También serán informadas las personas vinculadas al enfermo, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
- Como norma general, la información se dará verbalmente.
- Es el médico responsable del paciente el que garantiza este derecho.

### **b. Derecho al acceso a la documentación de la historia clínica:**

- El paciente, o persona autorizada por escrito por el mismo, tiene derecho al acceso a los documentos de su historia clínica (a obtener copia de los mismos) excepto a los documentos con información de terceros o con observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios. También tienen derecho al acceso a la historia clínica los profesionales sanitarios del centro implicados en la asistencia al paciente.
- Salvo excepciones que se especifiquen, **no tienen derecho** al acceso a la documentación de la historia clínica las personas vinculadas al enfermo, por razones familiares o de hecho, si no están autorizadas por escrito por el mismo.
- El acceso a la historia por parte de personal relacionado con la gestión del centro, inspectores sanitarios, investigadores, médicos ajenos al centro, aseguradoras, jueces y otros necesita un procedimiento específico.
- El acceso a los documentos de la historia básicamente se realizará mediante copias de la documentación y sólo en casos excepcionales se facilitará la historia original.
- Es la Dirección Médica la responsable de garantizar este derecho.

## Procedimiento de acceso a Los documentos de la Historia Clínica

La Historia Clínica es el conjunto de documentos que contiene toda la información de la situación y evolución clínica de un paciente. Tiene varios usos pero el fundamental es el uso asistencial y su funcionamiento en cuanto a acceso, transporte y devolución se debe regular en el Reglamento de uso de La Historia Clínica de cada hospital.

El acceso a la Historia Clínica distinto del asistencial habitual se regula teniendo en cuenta:

- quién pide el acceso

- a través de qué servicio hospitalario se ha de canalizar la petición 1 qué documentación es necesario aportar
- qué documentos se han de facilitar

Según quién pide el acceso se distinguen las siguientes situaciones:

## **1. Si el peticionario es el propio paciente (incluso personas de 16 y 17 años):**

**Procedimiento de solicitud:** El paciente a través del Servicio de Atención al Paciente:

- a) En persona, rellenando una solicitud normalizada y firmándola.
- b) Por carta firmada.

La solicitud por otros medios sólo se aceptará excepcionalmente y, en ese caso, sólo se entregará la documentación al paciente personalmente acreditando su identidad.

**Requisitos:** acreditar su identidad mediante su DNI, carnet de conducir o pasaporte (fotocopia en el caso B/).

En la solicitud normalizada o en la solicitud por carta se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

**Tipo de documentos a facilitar:** Copia de los tipos documentales solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como: Anamnesis, Exploración y Evolución tanto médica como de enfermería.

La entrega se hará en mano en el Servicio de Atención al Paciente o por correo si sólo son documentos papel.

**Plazo de entrega:** menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

## **2. Si el peticionario es una persona autorizada por el paciente:**

**Procedimiento de solicitud:** La persona autorizada a través del Servicio de Atención al Paciente de una de las siguientes maneras:

- a) En persona, rellenando una solicitud normalizada y firmándola.
- b) Por carta firmada por la persona autorizada.

**Requisitos:**

- acreditar la identidad de la persona autorizada mediante su DNI, carnet de conducir o pasaporte (fotocopia en el caso B/)
- aportar la autorización por escrito y firmada del paciente
- adjuntar la copia del DNI, carnet de conducir o pasaporte del paciente.

En la solicitud normalizada o en la solicitud por carta se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

**Tipo de documentos a facilitar:** Copia de los tipos documentales solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tal como los de: Anamnesis, Exploración y Evolución tanto médica como de enfermería.

La entrega se hará en mano en el Servicio de Atención al Paciente o por correo si sólo son documentos papel.

**Plazo de entrega:** menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

### **3. si lo solicita alguien que no es el paciente ni es una persona autorizada por escrito por él.**

Como norma general no se le da ningún documento excepto:

**3A** En caso de que el **paciente sea menor de 16 años**: se le facilitará el acceso a los padres que tengan la custodia del menor, su representante legal o persona o institución designada por la ley. La opinión del menor de más de 16 años deberá ser tomada en consideración en función de su edad y grado de madurez.

**Procedimiento de solicitud:** El solicitante con capacidad expresada en el párrafo anterior a través del Servicio de Atención al Paciente de una de las siguientes maneras:

- a) En persona rellenando por escrito una solicitud normalizada y firmada.
- b) Por carta firmada.

**Requisitos:** La persona solicitante debe:

- 1 acreditar su identidad mediante su DNI, carnet de conducir o pasaporte
- 1 aportar el documento que le acredite como padre (libro de familia) o como representante legal.

En la solicitud normalizada o en la solicitud por carta se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

**Tipo de documentos a facilitar:** Copia de los tipos documentales solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tal como los de: Anamnesis, Exploración y Evolución tanto médica como de enfermería.

La entrega se hará en mano en el Servicio de Atención al Paciente o por correo si sólo son documentos papel.

**Plazo de entrega:** menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

**3B** En caso de que el paciente sea mayor de edad pero **sea incapaz de autorizar por escrito** debido a disminución física o psíquica: se le facilitará el acceso sólo a familiares en primer grado (esposos, padres o hijos) o estar designado por la ley como representante del paciente.

**Procedimiento de solicitud:** A través del Servicio de Atención al Paciente rellenando una solicitud normalizada. No se admitirán peticiones por carta ni Fax.

**Requisitos:** Solicitarlo en persona aportando documentos que:

- demuestren que el paciente es incapaz
- acrediten la identidad del solicitante (DNI, carnet de conducir o pasaporte).
- acrediten la identidad del paciente (DNI original, carnet de conducir o pasaporte).
- demuestren que el solicitante es familiar en primer grado del paciente (libro de familia) o su representante legal.

En la solicitud se especificará qué información se solicita y de qué episodio asistencial.

**Tipo de documentos a facilitar:** Copia de los tipos documentales solicitados excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tal como son los de: Anamnesis, Exploración y Evolución tanto médica como de enfermería.

La entrega se hará en mano en el Servicio de Atención al Paciente o por correo si sólo son documentos papel.

**Plazo de entrega:** menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

**3C** En el **caso de que el paciente haya fallecido:** se le facilitará el acceso sólo a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o a su representante legal, salvo que el paciente lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes y siempre preservando la intimidad del fallecido.

**Procedimiento de solicitud:** A través del Servicio de Atención al Paciente en persona y por escrito rellenando una solicitud normalizada. No se admitirán peticiones por carta ni Fax.

**Requisitos:** Solicitarlo en persona aportando documentos que:

- autentifiquen la personalidad del solicitante (DNI, carnet de conducir o pasaporte).
- acrediten que el paciente ha fallecido (salvo que haya fallecido en el propio hospital).
- demuestren que es persona vinculada al paciente, por razones familiares o de hecho, o es su representante legal.

**Tipo de documentos a facilitar:** Se facilitará copia sólo de la información pertinente que, en principio, se reducirá al informe de alta del último episodio y al informe de la necropsia si existiese.

**Entrega:** en mano en el Servicio de Atención al Paciente o por carta. Plazo de entrega: menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

#### **4. Si lo solicita una aseguradora**

**Procedimiento de solicitud:** por carta al Director Médico del hospital. **Requisitos:** es imprescindible adjuntar la autorización del paciente firmada (8) y la fotocopia del DNI del paciente.

**Tipo de documentos a facilitar:** Copia de los tipos documentales que autorice el paciente excepto los que tengan información de terceras personas y cualquier otro que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas tales como: Anamnesis, Exploración y Evolución tanto médica como de enfermería.

La entrega se hará en mano en el Servicio de Atención al Paciente o por correo si sólo son documentos papel.

**Plazo de entrega:** menos de 30 días desde que se hizo la solicitud.

#### **5. Si lo solicita otro hospital o centro de salud o un médico ajeno a Osakidetza por motivos asistenciales (excepto procesos concertados)**

**Procedimiento de solicitud:** por escrito al Servicio de Documentación Clínica mediante carta. La petición por E-mail o FAX se aceptarán sólo si se tiene seguridad de quién la pide y de que la dirección a la que se mandará es la oficial del centro.

**Requisitos:** es imprescindible que se identifique el médico, servicio y centro peticionario y adjuntar la autorización del paciente firmada y la fotocopia del DNI del paciente.

**Tipo de documentos a facilitar:** Copia de los tipos documentales que autorice el paciente excepto los de Anamnesis, Exploración, Evolución tanto de médica como de enfermería, ni cualquiera que tenga observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

La entrega se hará por carta. En el caso de que el paciente esté ingresado y no se pueda conseguir su autorización y se justifiquen razones clínicas de urgencia se enviará la documentación al Fax oficial del hospital del Catálogo Nacional de Hospitales.

## **6. Si la solicita el Juzgado**

**Procedimiento de solicitud:** por escrito a la Dirección-Gerencia del hospital mediante carta o FAX.

**Requisitos:** un oficio del juzgado.

En la solicitud se especificará qué información se solicita y de qué episodio.

**Tipo de documentos a facilitar:** Los que pida. En principio se envían fotocopias de los informes de alta. Si solicita la historia completa se fotocopia completa. No se enviará la historia original salvo casos especiales que el juez lo especifique. En este caso, se llevará en mano y se traerá.

## **7. Si es un médico o enfermera de la administración sanitaria en ejercicio de sus funciones**

**Procedimiento de solicitud:** por escrito al Director Médico mediante carta o FAX.

**Requisitos:** justificar la consulta y que el director médico dé el Visto Bueno.

**Tipo de documentos a facilitar:** Todos los que pida pero sólo la consulta de los mismos en la dependencia hospitalaria que se designe.

## **8. Si es personal de la gestión administrativa del propio hospital**

**Procedimiento de solicitud:** al Servicio de Documentación Clínica.

**Requisitos:** que el Director Médico o el Gerente dé el Visto Bueno.

**Tipo de documentos a facilitar:** Todos los que pida pero sólo la consulta de los mismos. Dicho personal se compromete a no consultar nada más que los datos administrativos necesarios para su trabajo y a guardar el secreto debido que exige la ley.

## **9. Si es un servicio médico del hospital por motivo de investigación, revisiones de resultados o calidad**

**Procedimiento de solicitud:** al Servicio de Documentación Clínica por escrito.  
**Requisitos:** seguir el procedimiento de cada hospital.

**Tipo de documentos a facilitar:** Todos los originales que forman la historia en la carpeta acompañada o no de las radiografías según lo solicitado y sólo su consulta.

## **Recomendaciones**

- Las peticiones por carta, Fax o E-mail se enviarán al Gerente, Director Médico, Servicio de Atención al Paciente o Servicio de Documentación Clínica según los casos.

- Nunca se aceptarán peticiones de documentación por teléfono ni mucho menos se dará dicha información por este medio. Se aprovechará la llamada de la solicitud para, una vez rechazada, informar con exactitud del procedimiento necesario para obtenerla en cada caso. Es decir, a través de qué servicio debe pedirla, qué documentos debe aportar si es el paciente o es una persona autorizada, el número de Fax de nuestro servicio en caso de petición urgente de un hospital, etc.
- La entrega de los documentos se puede hacer de varias maneras. Cuando el paciente pida documentos en persona, el hospital decidirá si se le facilitan en el momento o en días posteriores según lo que haya pedido, la disponibilidad de los originales en ese momento y el tipo de hospital.
- En ningún caso el plazo de entrega o de respuesta podrá exceder de un mes desde la fecha de solicitud. Y en todos los casos se empleará algún medio que permita acreditar la entrega de la información solicitada.
- En caso de solicitud de radiografías se pueden entregar copias o bien, si así lo decide el hospital, se pueden entregar los originales en concepto de préstamo quedando constancia por escrito en el centro de la entrega y de la devolución en su caso.
- Si en la historia no hay información pertinente se le pedirá un informe al servicio médico responsable.

## **Bibliografía**

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de noviembre 2002 y entrada en vigor en mayo del 2003).
2. Ley General de Sanidad 1986, Art. 10 y 61.
3. Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.
4. Instrumento de ratificación 20638/1999, del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
5. Decreto 272/1986 del Boletín Oficial del País Vasco, por el que se regula el uso de la Historia clínica de los centros hospitalarios de la CAPV.
6. Decreto 175/1989 del BOPV sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del SVS/Osakidetza.
7. Decreto 45/1998, del BOPV, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del registro de actividades clínicas de los Servicios de Urgencias de los hospitales y de las Historias Clínicas hospitalarias.
8. Circular nº 4/1997 del 11 de marzo del año 1997, sobre el Consentimiento para la entrega de Información Clínica a las Compañías Aseguradoras en el ámbito de Osakidetza/Servicio vasco de salud.