

## COMISIÓN PERMANENTE CGCOM

**Decálogo de la Historia Clínica**

Febrero 2017

**1. Definición.** La Historia clínica es el documento, escrito o digitalizado, que recoge el estado de salud/enfermedad del paciente y de la asistencia sanitaria recibida. Como principio deontológico se redacta y conserva para la mayor calidad asistencial y seguridad del paciente; hacerla es un deber del médico y un derecho del paciente (art. 19 y siguientes del CDM)

**2. Naturaleza y contenido.** La historia clínica refleja la relación médico-paciente. Son fundamentales los datos obtenidos por el médico en la anamnesis del paciente y sus familiares y allegados, así como las exploraciones y pruebas complementarias realizadas; es necesario reflejar los datos de normalidad o negativos que sean relevantes, así como los que justifican pruebas complementarias de riesgos significativos. Todo lo anterior permite el juicio clínico, el diagnóstico y las medidas terapéuticas propuestas.

**3. Recomendaciones formales.** La historia clínica manuscrita exige letra legible, claridad, precisión del lenguaje, y nomenclatura científico-médica que evite errores. Cada profesional dejará reflejada su identidad en las aportaciones a la misma, así como la fecha y hora en que las hace. En las anotaciones los profesionales deberán mantener el mismo respeto y compostura que se exige deontológicamente a las comunicaciones y relaciones verbales.

**4. Confidencialidad.** Los datos de la historia clínica están protegidos por el secreto profesional y merecen plena confidencialidad. La clave personal con la que el profesional accede al sistema informático y a las anotaciones que realice permanecen registradas, quedando el profesional identificado electrónicamente. Es contrario a la ley y a la Deontología médica consultar una historia clínica de un paciente en cuya atención y cuidados no se participa. La confidencialidad de los datos clínicos impone al médico, además de su deber de sigilo, instruir en este deber deontológico a quienes trabajan junto a él o a aquellos de cuya formación es responsable.

**5. Conservación y archivo.** La conservación de la historia clínica es también un deber legal y deontológico, se hará en un soporte que permita su reproducción y consulta cuando sea necesario. Como mínimo se conservará cinco años desde la fecha de alta del último proceso asistencial; las legislaciones autonómicas tienen sus propias disposiciones (aumentando este periodo en algunos casos). Por el valor que tienen las historias clínicas, es una recomendación deontológica conservarlas durante todo

el tiempo posible, siendo adecuada la disociación entre los datos clínicos y la identidad del paciente. El centro asistencial es responsable de su conservación y su custodia, lo que se hará preferentemente bajo la responsabilidad de un médico.

**6. Usos de la historia clínica.** Los datos de la historia clínica pueden trasladarse a informes, partes y certificados; puede recoger la información transmitida, la aceptación de la misma y la expresión de deseos del paciente respecto a cuidados futuros (voluntades anticipadas). Con autorización del paciente, la historia clínica se podrá utilizar con fines docentes, de investigación, de inspección y de organización sanitaria, cumpliendo en cada caso los requisitos previstos y preferentemente bajo la responsabilidad de un médico; manteniendo siempre el anonimato de los pacientes.

**7. La historia clínica como medio de prueba.** El uso judicial de la historia clínica en el ámbito civil requiere la previa autorización del paciente. En el ámbito penal, cuando la historia se convierte en elemento de prueba de un posible delito, se debe entregar; por parte del médico o del centro, la precaución deontológica estará en informar al juez de la existencia en la misma de datos sensibles, que si son irrelevantes para la causa investigada, se podrían segregar del total del documento, manteniéndose protegidos. Una vez que la historia se halla en posesión del Juez, será éste el garante de su custodia y preservación de la confidencialidad de los datos contenidos en la misma.

**8. Derecho de acceso del paciente y de cancelación de datos.** El paciente y las personas que él designe en su representación pueden acceder a la historia clínica y obtener copia de la íntegra de la misma (salvo la reserva de las anotaciones subjetivas), sin obstáculos y en un periodo de tiempo prudencial. Tras el fallecimiento se mantiene la protección; si un familiar solicita información, por ser relevante para su salud, sólo se facilitarán los datos estrictamente necesarios.

En pacientes incapacitados, o personas discapacitadas, se restringe el acceso a quienes sean su tutor o responsables legales. En los menores, los padres tienen derecho a acceder a la historia clínica y el deber de proteger los datos de la misma; los mayores de 16 a 18 años, pueden solicitar el derecho, incluso ante sus padres al secreto, el médico debe respetarlo a no ser que se trate de una situación de riesgo grave que deba ser conocida por los padres para que puedan tomar decisiones al respecto. El paciente o sus representantes pueden solicitar la cancelación o desaparición de datos de salud de su historia clínica, esto significaría asumir que la falta de datos relevantes puede generar errores en la asistencia.

**9. Las anotaciones subjetivas en la historia clínica.** El médico puede expresar, en la historia clínica del paciente, juicios personales, denominados, en la Ley 41/2002, “*anotaciones subjetivas*”. Suelen ser opiniones, impresiones, interpretaciones, percepciones o conjeturas sobre algunas observaciones o informaciones, procedentes del paciente o su entorno familiar, referidas a estos o a la relación médico-paciente. Esta información, no esencial o relevante para la asistencia sanitaria proporcionada por otros profesionales, tiene la consideración de

*"reservada"* y *"personal"* y queda como privativa del profesional sanitario que la genera. El profesional puede autorizar la publicidad de sus anotaciones subjetivas.

**10. Anotaciones de terceros.** En el caso de que los familiares proporcionen datos sobre el paciente, cuyo contenido es importante para la asistencia sanitaria, pero que por su naturaleza pueden dar lugar a un conflicto familiar, se mantendrán en la historia clínica con el mismo carácter de *"reservados"* que ampara a las *"anotaciones subjetivas"*.

Madrid, marzo de 2017