

La consulta plantea el modo en que deberán aplicarse las previsiones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, y su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en el supuesto en que una persona que ha sido sometida a un tratamiento de transexualidad ha solicitado la rectificación de sus datos, de forma que aparezcan recogidos en la historia clínica de la paciente con su nuevo nombre. En particular, se plantea si debería modificarse el nombre de la paciente en los datos relacionados con episodios de la historia clínica acaecidos mientras la paciente era hombre.

El artículo 4.3 de la Ley Orgánica 15/1999 dispone que “los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado”, añadiendo el artículo 4.4 que “si los datos de carácter personal registrados resultaran ser inexactos, en todo o en parte, o incompletos, serán cancelados y sustituidos de oficio por los correspondientes datos rectificados o completados, sin perjuicio de las facultades que a los afectados reconoce el artículo 16”.

A su vez, el artículo 16.2 establece que “serán rectificados o cancelados, en su caso, los datos de carácter personal cuyo tratamiento no se ajuste a lo dispuesto en la presente Ley y, en particular, cuando tales datos resulten inexactos o incompletos”.

El derecho de rectificación es definido por el artículo 31 del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica, indicando que “el derecho de rectificación es el derecho del afectado a que se modifiquen los datos que resulten ser inexactos o incompletos”.

En el ámbito regulador de las historias clínicas, el artículo 3 de 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, define la historia clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

Al propio tiempo, el artículo 14.1 establece que “la historia clínica

comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”, añadiendo el artículo 14.2 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 queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información”.

Por este motivo, conforme al artículo 17.1 “los centros sanitarios 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 del alta de cada proceso asistencial”.

Por último, debe tenerse en cuenta que el artículo 15.1 de la Ley 41/2002 prevé que “la historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada”.

Del análisis de las normas a las que se ha hecho referencia hasta el presente lugar se desprende, por una parte, la necesidad de que los datos relacionados con el paciente aparezcan en la historia clínica en su situación actual, de forma que la información aparezca vinculada con la misma. No obstante, los episodios contenidos en la historia deberán conservarse con la debida exactitud e integridad, a fin de poder garantizar una adecuada asistencia sanitaria al paciente a tenor de toda la información sanitaria disponible, teniendo particularmente en cuenta las peculiaridades que pudieran derivarse, en relación con determinadas dolencias, del sexo del paciente, dado que en la consulta se señala que “el modo de enfermar es diferente en función del género”, existiendo además determinadas dolencias vinculadas exclusivamente a un género determinado.

Consecuencia de todo ello será que si bien la información contenida en la historia clínica deberá figurar en su denominación bajo el nombre de la paciente, los concretos episodios contenidos en la misma deberán conservar la información necesaria que garantice el conocimiento por los facultativos que



accedan a la historia de que la paciente en el momento de desarrollarse dicho episodio era del género masculino.