



La consulta plantea si procede acceder a la rectificación del dato de que una paciente atendida por el centro sanitario consultante “no llevaba el cinturón de seguridad puesto”, incorporado a la hoja de anamnesis de la mencionada paciente y, en consecuencia, a su historia clínica. En particular, se plantea si el mencionado dato se encuentra sujeto a los plazos de conservación establecidos para la historia clínica en la Ley 41/2002, de 15 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, de la Junta de Castilla y León, regulador de la historia clínica.

En primer lugar, en cuanto a la procedencia en general de la atención por parte de los centros sanitarios de los derechos de rectificación y cancelación, el artículo 18.1 de la Ley 41/2002 se limita a regular el derecho de acceso a la historia, señalando que “El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos”. Las citadas limitaciones se refieren al derecho ejercitado “en perjuicio del derecho de terceras personas” o “en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas”, no siendo tales previsiones aplicables al supuesto ahora analizado.

El hecho de que la Ley 41/2002 no regule los derechos de rectificación y cancelación no implica, sin embargo que el paciente no pueda ejercitar tales derechos al amparo de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, dado que la misma será aplicable al tratamiento de datos de carácter personal contenidos en las historias clínicas, siendo sus preceptos de directa aplicación, sin que la ley 41/2002 establezca ninguna matización al respecto.

El artículo 16.2 de la Ley Orgánica 15/1999 dispone que “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”.

A su vez, conforme al artículo 31 del Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, “el derecho de rectificación es el derecho del afectado a que se modifiquen los datos que resulten ser inexactos o incompletos”, implicando el ejercicio del derecho de cancelación “que se supriman los datos que resulten

ser inadecuados o excesivos, sin perjuicio del deber de bloqueo conforme a este Reglamento”.

La estimación de la rectificación o cancelación solicitada quedará condicionada al cumplimiento de dos requisitos esenciales: la acreditación de la procedencia de la rectificación o cancelación y, respecto del segundo de los derechos citados, que el supuesto no se encuentre recogido en alguno de los que implican su denegación.

Así, el artículo 32.1 exige que la solicitud de rectificación o cancelación se acompañe de la referencia a los datos objeto de la misma y de la documentación justificativa de su procedencia. Igualmente, conforme al artículo 33:

*“1. La cancelación no procederá cuando los datos de carácter personal deban ser conservados durante los plazos previstos en las disposiciones aplicables o, en su caso, en las relaciones contractuales entre la persona o entidad responsable del tratamiento y el interesado que justificaron el tratamiento de los datos.*

*2. Podrá también denegarse los derechos de rectificación o cancelación en los supuestos en que así lo prevea una Ley o una norma de derecho comunitario de aplicación directa o cuando éstas impidan al responsable del tratamiento revelar a los afectados el tratamiento de los datos a los que se refiera el acceso.*

*3. En todo caso, el responsable del fichero informará al afectado de su derecho a recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos o, en su caso, de las autoridades de control de las Comunidades Autónomas, conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.”*

En el presente supuesto, el artículo 17.1 de la Ley 41/2002 dispone que “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”, estableciéndose los criterios de conservación en la normativa autonómica de desarrollo que resulta de aplicación. Ello podría conducir a la desestimación de la solicitud de rectificación solicitada.

Sin embargo, la resolución de la consulta planteada debe tener igualmente en cuenta la propia naturaleza de la información a la que la rectificación o, en realidad, cancelación solicitada se refiere, dado que como se señala en la consulta cabe considerar que los datos no tienen un carácter asistencial “o de salud en sentido estricto”.

En este sentido, el artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999 dispone que “Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido”. Igualmente el párrafo primero del artículo 4.5 añade que “Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados”.

Añade el párrafo tercero del artículo 8.6 del Reglamento que “Una vez cumplido el período al que se refieren los párrafos anteriores, los datos sólo podrán ser conservados previa disociación de los mismos, sin perjuicio de la obligación de bloqueo prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y en el presente Reglamento”.

Por este motivo, y aún al margen de la propia solicitud efectuada, respecto de la que la consulta no refiere la aportación de documentación alguna acreditativa de la inexactitud del dato, debe analizarse si el tratamiento del dato referido a si la paciente llevaba o no cinturón de seguridad resulta adecuado a la finalidad que justifica el tratamiento de los datos contenidos en la historia clínica.

A tal efecto, debe recordarse lo señalado por el Grupo de autoridades de protección de datos, creado por el artículo 29 de la Directiva 95/46/CE, en su Documento de trabajo sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos (documento WP131), adoptado el 15 de febrero de 2007, en que se indica que “La “exhaustividad” de un expediente médico es prácticamente imposible, y tampoco es deseable: solamente debería introducirse en un HME la información relevante”, aclarando que “según los principios de pertinencia y proporcionalidad de la recopilación de datos, toda compilación de datos debe limitarse a aquellos datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos con relación a los fines para los que se recaben y para los que se traten posteriormente (artículo 6, apartado 1, letra c), de la Directiva). La legitimidad de los sistemas de HME también dependerá por tanto de una solución adecuada para elegir las categorías “adecuadas” de datos y la duración “adecuada” de almacenamiento de la información en un HME”.

En este sentido, la Ley 41/2002 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”, comprendiendo, según el artículo 14.1 “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”.

El artículo 15 de la Ley 41/2002 pone de manifiesto la aplicación a la historia clínica del principio de proporcionalidad al que ha venido haciéndose referencia, al vincular su contenido a los propios fines de la historia, señalando que “la historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente” siendo la finalidad principal de la misma “facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”. El propio precepto describe el contenido mínimo de la historia, que incluirá “la anamnesis y la exploración física”.

En consecuencia, la historia clínica deberá incorporar la información necesaria para el adecuado tratamiento y diagnóstico de los pacientes, quedando así delimitada la naturaleza de la información, “de cualquier índole” que la misma podrá contener.

El artículo 10.1 d) del Decreto 101/2005, aplicable a la consultante señala que la hoja de anamnesis y exploración física “es el documento donde se refleja la información obtenida de la entrevista inicial realizada al paciente. En la anamnesis se ha de consignar siempre el motivo del ingreso, los antecedentes familiares y los personales a que se refiere el artículo 9.2.d) que puedan tener relación con la asistencia que se presta, la enfermedad actual y los datos de la exploración física. Se anotarán también los datos relevantes de las exploraciones complementarias que aporte el paciente en el momento del ingreso, la impresión diagnóstica, las pruebas y exploraciones solicitadas y el plan terapéutico inicial”.

En cuanto a los datos mencionados en el precepto, el artículo 9.2 d) del decreto, anulado por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, de 29 de mayo de 2007, se refería a los siguientes:

- “-Información relativa a las alergias y reacciones o intolerancias medicamentosas.*
- El estado de vacunación.*
- Los antecedentes ginecológico-obstétricos en el caso de la mujer.*
- Los antecedentes patológicos.*
- Las intervenciones quirúrgicas.*
- Los ingresos hospitalarios y sus causas.*
- La toma de medicaciones relevantes.*
- El consumo de drogas.”*

Del tenor de las normas estatales y autonómicas que se han reproducido parece desprenderse que el dato al que se refiere la consulta, referido al hecho

de si la paciente llevaba puesto el cinturón de seguridad, no se incluye necesariamente en el contenido de la hoja de anamnesis, por lo que su inclusión en la historia clínica podría exceder el juicio de proporcionalidad exigido por el artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999, en conexión con dichas normas.

De este modo, podría ser posible que sin perjuicio de la trascendencia de dicho dato en otros ámbitos, como por ejemplo los que pudieran encontrarse relacionados con la responsabilidad civil derivada del accidente en cuestión o la propia cobertura de las lesiones producidas en el ámbito asegurador, el tratamiento de los datos en la historia clínica de la paciente no fuera necesario para “facilitar la asistencia sanitaria” y permitir “el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”.

En este caso, y aún cuando la paciente no aportase justificación alguna referida a la inexactitud del dato, debería procederse a la cancelación del mismo por resultar excesivo en relación con la finalidad que justifica el tratamiento de los datos en las historias clínicas, debiendo así atenderse a la solicitud formulada.

En todo caso, debe indicarse que excede del ámbito del presente informe formular una conclusión terminante en este punto, al no tenerse más conocimiento de los datos que generan el presente informe que el contenido de la consulta formulada.

En consecuencia, debería procederse a la cancelación del contenido de la historia clínica del dato referido a si la paciente llevaba puesto el cinturón de seguridad si dicho dato no resulta relevante para facilitar su asistencia sanitaria ni aporta información veraz y actualizada acerca de su estado de salud.