



La consulta plantea dudas sobre la posibilidad de acceso de datos incluidos en la historia clínica electrónica de los pacientes por parte de los médicos forenses y su adecuación a lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente y en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.

En relación con el objeto de la cuestión, debe indicarse que la comunicación de datos solicitada constituye, conforme a lo dispuesto en el artículo 3 i) de la citada Ley Orgánica, una cesión de datos de carácter personal, definida como “Toda revelación de datos efectuada a persona distinta del interesado”.

Con carácter general, el artículo 7.3 de la Ley Orgánica establece que “los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una Ley o el afectado consienta expresamente”, si bien añade el artículo 11.2 d) que “cuando la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario al Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas. Tampoco será preciso el consentimiento cuando la comunicación tenga como destinatario a instituciones autonómicas con funciones análogas al Defensor del Pueblo o al Tribunal de Cuentas”. Además, también el artículo 11.2 f) añade que, “el consentimiento exigido en el apartado anterior no será preciso...cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica”.

Por su parte, el tratamiento de datos de las historias clínicas se encuentra regulado 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, cuyo artículo 14.1 consagra el principio de máxima integración de la misma, al disponer 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”.

En cuanto a su finalidad, el artículo 15.2 dispone que “La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”.

En cuanto al acceso a la historia clínica, para la cuestión que nos ocupa es importante mencionar lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 41/2002. Dado que la historia clínica se presenta como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, pueden acceder a ella los profesionales asistenciales del centro sanitario que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente (artículo 16.1)..

En consecuencia, cada centro sanitario debe establecer los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten (artículo 16.2).

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que no todos los profesionales sanitarios, ni siquiera todos los facultativos, están autorizados a acceder a cualquier historia clínica, sino únicamente a las de los pacientes que tratan, y solo con fines asistenciales. El acceso a los datos sólo lo pueden tener los profesionales sanitarios relacionados directamente con la atención de los pacientes y como consecuencia, no se pueden facilitar datos a otros profesionales

Existe también la posibilidad de que el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación tenga acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria (artículo 16.5).

Por su parte, el artículo 16.3 de la Ley 41/2002 establece que, “el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica



15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, 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. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.”

Atendiendo a lo que acabamos de indicar y aplicado al supuesto objeto de consulta, como regla general sólo se admiten dos supuestos de acceso a datos médicos no disociados:

Primero: Los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente, si bien el acceso a los datos y documentos de la historia clínica quedará limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

Segundo: Cuando la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario un Juez en el ejercicio de las funciones que tenga atribuidas.

A nuestro juicio el supuesto que se plantea no se encuentra amparado en ninguna de las excepciones anteriores por lo que para facilitar los datos solicitados, sería necesario que la petición se formulara a través del Juzgado y fuera el propio Juez quien solicitara los datos en cuestión, puesto que en ese caso la cesión tendrá cobertura en lo dispuesto en el artículo 11.2,d) de la Ley Orgánica 15/1999 y en el artículo 16.3 de la Ley 41/2002.

Por último señalar que por parte de la Comunidad Autónoma que realiza la consulta, se podrán habilitar convenios, contratos u otros instrumentos jurídicos que a tal efecto se establezcan para agilizar los procedimientos actuales de manera que permitan un acceso directo y controlado a la historia clínica electrónica de pacientes incurso en una causa judicial, cuando sea necesario para la emisión de informes solicitados por la autoridad judicial.



En este sentido, y a modo de ejemplo, el B.O.E. de 10 de abril de 2017, publica la *“Resolución de 28 de marzo de 2017, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se publica el Convenio de colaboración con el Servicio Murciano de Salud, para cooperación en materia de acceso a datos sanitarios de interés forense”*

En todo caso, la información quedará limitada estrictamente para los fines específicos y quedará constancia de los accesos efectuados. Dispone a este respecto el artículo 9 de la Ley Orgánica 15/1999 que “El responsable del fichero, y, en su caso, el encargado del tratamiento deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que estén expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.”

Ley 41/2002, remite a dicha normativa la adopción de las correspondientes medidas de seguridad. Dispone así su artículo 17.6 que “Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La concreción de las correspondientes medidas de seguridad se encuentra en Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

El artículo 80 de esta norma clasifica las medidas de seguridad aplicables a los ficheros o tratamientos de datos en tres niveles, debiendo adoptarse según la naturaleza de los datos a tratar el nivel correspondiente.

En lo que se refiere a la determinación de los niveles de seguridad establece el artículo 81.3 del citado Reglamento que “Además de las medidas de nivel básico y medio, las medidas de nivel alto se aplicarán en los siguientes ficheros o tratamientos de datos de carácter personal:

a) Los que se refieran a datos de ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual.”

Debe tenerse presente, además, que como señala dicho precepto, las medidas de seguridad tienen un carácter acumulativo, de forma que las establecidas para cada nivel exigen incorporar las previstas para los niveles inferiores.

Dichas medidas vienen referidas a aspectos tales como control de accesos, identificación y autenticación, gestión de soportes y documentos, copias de respaldo y recuperación, registros de incidencias, auditoría, etc. De las mismas cabe hacer una somera referencia aquí a la regulación establecida en materia de control de accesos, identificación y autenticación y registro de accesos.

En lo que se refiere a las medidas de seguridad de nivel alto, el artículo 103 relativo al registro de accesos señala en un apartado 1 que “De cada intento de acceso se guardarán, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado.” Mientras que el número segundo del mismo artículo dispone “En el caso de que el acceso haya sido autorizado, será preciso guardar la información que permita identificar el registro accedido.”

La finalidad de dicho registro será permitir la identificación inequívoca de la persona y contenido del acceso, a fin de que, en caso de ser necesario reconstruir cuándo y cómo se produjo una determinada revelación de un dato, sea posible identificar la persona que pudo conocerlo en ese momento concreto.

Por consiguiente, a los efectos de garantizar quien podrá acceder a las historias clínicas, tratándose de ficheros relativos a datos de salud sobre los que deben adoptarse medidas de nivel alto, las medidas de seguridad aquí mencionadas de identificación inequívoca y personalizada del usuario autorizado y establecimiento de un registro de accesos en los términos establecidos en el artículo 103 del Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 persiguen garantizar que no se produzcan accesos indebidos por personas no autorizadas y determinar en cada momento quien ha intentado acceder a un determinado fichero y, en su caso, cuál ha sido el registro accedido.