



Expediente Nº: E/06962/2016

RESOLUCIÓN DE ARCHIVO DE ACTUACIONES

De las actuaciones practicadas por la Agencia Española de Protección de Datos ante la CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID- CENTRO DE SALUD SILVANO, en virtud de denuncia presentada por Doña **B.B.B.**, y teniendo como base los siguientes

HECHOS

PRIMERO: Con fecha 22 de noviembre de 2016, tuvo entrada en esta Agencia un escrito remitido por Doña **B.B.B.** (Médico pediatra **A.A.A.**), en el que denuncia posibles vulneraciones de derechos del paciente, reflejados en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, dentro del circuito de solicitud de Historias clínicas establecido por la Consejería de Sanidad para los Centros de Atención Primaria de Madrid, y mediante la herramienta informática AP-Madrid, tras la versión de fecha 30 de marzo de 2016, al haberse suprimido opciones que permitían que solo el profesional de un paciente determinado conociese. En concreto, expone con relación a los cambios realizados sobre la versión anterior lo siguiente:

En cuanto a “Curso Subjetivo” en la actualidad es una información que pueden visualizar los profesionales que accedan a la historia clínica, si bien no se imprime en el resumen que se facilita al paciente.

En relación a “No imprimibles”, estos episodios si se imprimen si el paciente, o su representante si es menor, solicitan el acceso a su historia clínica.

Así mismo manifiesta que desde la Consejería se les ha informado de que los comentarios que los profesionales crean que tienen carácter confidencial, al emitir el correspondiente documento, deben tacharse con typex para que el usuario no pueda leerlos.

SEGUNDO: Tras la recepción de la denuncia la Subdirección General de Inspección de Datos procedió a la realización de actuaciones previas de investigación para el esclarecimiento de los hechos denunciados, teniendo conocimiento de los siguientes extremos:

1. Con fecha 28 de marzo de 2017, se realiza inspección en los locales de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, poniéndose de manifiesto que:
 - a. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, pone a disposición de todos los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad, la herramienta informática denominada AP-Madrid para la Gestión de la Historia clínica.
 - b. La Consejería cuenta con una Intranet donde dentro del apartado de Atención Primaria, existe una página específica denominada “Espacio AP-Madrid”, y de libre acceso por parte de todos los profesionales, en

el que figura información relacionada con la herramienta de Historia clínica AP-Madrid. En concreto, la documentación relativa al correcto uso del “Curso subjetivo” y funcionalidades de la opción de “No imprimibles”. Esta información es actualizada cada 15 días, emitiéndose un correo informativo a los equipos directivos de los Centros de Salud, destacando los cambios más relevantes de cada actualización.

- c. Así mismo este Espacio contiene un apartado específico que recoge la Normativa relacionada con la LOPD y la LAP, denominado “PILDORAS NORMATIVAS”, y, adicionalmente hay un enlace específico al Espacio de la Oficina de Seguridad donde se resuelven consultas de los usuarios, de cualquier aspecto relacionado con la Normativa vigente.
- d. Todos los profesionales tienen opción de hacer comentarios en un buzón habilitado con esa finalidad denominado “Dudas y Sugerencias”; con la información obtenida del mismo y previo estudio de las preguntas más frecuentes por parte de los profesionales, se elaboran dos apartados informativos, denominados SABIAS QUE Y PREGUNTAS FRECUENTES.
- e. Con fecha 30 de marzo de 2016 se implantó una nueva versión de la aplicación, que implicaba una serie de modificaciones en la gestión de la historia clínica, por parte los profesionales, entre los que se encontraban:
 - i. En la versión anterior existía la opción de que un episodio pudiera ser marcada su privacidad como “visible” “No imprimible” o “Privado”. Eligiendo la opción de “Privado” la información incluida por un profesional solo podía ser accedida por él. No obstante se consideró que si dicho profesional cambia o se produce una sustitución, el nuevo profesional no cuenta con toda la información que pudiera ser necesaria para llevar a cabo el tratamiento del paciente; por este motivo desapareció dicha opción. Por defecto, tanto antes como en la actualidad, cualquier episodio asume el atributo de “visible”, tal como indica la Normativa vigente.
 - ii. Así mismo en la opción “No imprimible”, los informes a terceros o pre hechos por la aplicación, de listados de episodios, el profesional podía marcar los que no quisieran que se imprimiesen, pero ocurría que cuando se imprimía la Historia clínica para el paciente, tampoco se reflejaban, por lo que la información era incompleta. Por este motivo, con la nueva versión cambiaron las utilidades de dicha opción, y solo funciona esta opción en el caso de partes interconsultas y de Informes a terceros, pero en el caso de la Historia clínica para el paciente aparece toda la información.
 - iii. Mediante el acceso al sistema informático, se realizaron comprobaciones, relacionadas con los citados cambios,



verificándose que:

Cuando un profesional incluye información en el campo “curso descriptivo” (texto libre), la actual aplicación ofrece la posibilidad de que esa información sea visible para el paciente o no. Si no desea hacerla visible, deberá hacer un clic en el espacio habilitado para ello, indicado como “**Curso subjetivo**”. En ese caso la aplicación devuelve la información incluida precedida por una marca consistente en “lápiz rojo”, en caso de no elegir dicha opción la información ira precedida de una marca consistente en un “lápiz verde”.

En el primer caso (lápiz rojo) dicha información puede ser visionada por todos los profesionales sanitarios en el desarrollo de sus funciones pero nunca se imprimirá en ningún documento, incluida la historia clínica del paciente.

Este cambio se produce en base a la Ley de Autonomía del Paciente, la cual declara que lo principal es la adecuada asistencia al paciente, y por ello, es necesario que los profesionales sanitarios puedan acceder al contenido íntegro de la historia clínica de los mismos.

Se realiza una consulta, verificando que cuando se emite un parte Interconsulta, solo aparece el episodio por el que va a ser visitado en esa consulta, pues los demás se han marcado como “no imprimibles”.

En ningún momento se ha dado pautas a los profesionales de los Centros de Salud, desde la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, para la utilización de typex cuando no quieran que una información aparezca en la Historia clínica, ya que existe un procedimiento, expuesto en los apartados anteriores y que se puede consultar en la Intranet, que es el que se ha de seguir por todos los profesionales

- iv. La comunicación de cualquier cambio de versión de la aplicación, está procedimentada con un Documento que recoge los cambios y que se adjunta en un correo informativo a los Equipos Directivos de cada Centro de Salud. En concreto la versión objeto de esta denuncia, está comunicada en tiempo y forma y recogida en el Espacio de AP-Madrid.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I

Es competente para resolver la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a lo establecido en el artículo 37.d) en relación con el artículo 36, ambos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en lo sucesivo LOPD).

El artículo 126.1, apartado segundo, del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal establece:

“Si de las actuaciones no se derivasen hechos susceptibles de motivar la imputación de infracción alguna, el Director de la Agencia Española de Protección de Datos dictará resolución de archivo que se notificará al investigado y al denunciante, en su caso.”

II

El derecho de acceso en relación con la historia clínica se regula específicamente en el artículo 18 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 (en lo sucesivo LAP), cuyo tenor literal expresa:

“1. El paciente tiene 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.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho de acceso del paciente a la documentación de la 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 su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido 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. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.”

La denuncia de la médico pediatra se concreta en que la herramienta informática facilitada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de la historia clínica, tras la modificación efectuada el día 30 de marzo de 2016, no ayuda al cumplimiento de lo establecido por la LAP en relación con el acceso a la historia clínica por parte de los pacientes.

Como se ha explicado detalladamente en el apartado de Antecedentes, la modificación se ha efectuado para cumplir la finalidad primordial de la historia clínica: que sirva para prestar la mejor asistencia sanitaria al paciente.

Por ello desapareció la posibilidad de marcar como “Privado” un episodio de un paciente, puesto que ello impedía que fuese visto por ningún profesional, pudiendo afectar al tratamiento médico del paciente si su médico habitual dejaba de pasar



consulta.

La opción “No imprimible” no viene referida a las anotaciones subjetivas que realiza el profesional sanitario, sino la opción que el sistema habilita de que en las solicitudes de partes interconsultas o informes dirigidos a terceros esa información no aparezca, pero si es una información que se incluye si el paciente solicita su historia clínica.

Por último, los profesionales sanitarios tienen la opción de que las anotaciones subjetivas no se impriman al facilitar la historia clínica al paciente, marcando la opción “Curso Subjetivo”; pudiendo comprobarlo si esas anotaciones aparecen precedidas con un lápiz rojo. Como ya se ha indicado, el derecho a no facilitar las anotaciones subjetivas al paciente es un derecho de los profesionales sanitarios que pueden oponerse cuando un paciente solicita el acceso a su historia clínica.

Por lo tanto, de acuerdo con lo señalado,

Por la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos,

SE ACUERDA:

PROCEDER AL ARCHIVO de las presentes actuaciones.

NOTIFICAR la presente Resolución a CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID- CENTRO DE SALUD SILVANO y Doña **B.B.B.**

De conformidad con lo establecido en el apartado 2 del artículo 37 de la LOPD, en la redacción dada por el artículo 82 de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, la presente Resolución se hará pública, una vez haya sido notificada a los interesados. La publicación se realizará conforme a lo previsto en la Instrucción 1/2004, de 22 de diciembre, de la Agencia Española de Protección de Datos sobre publicación de sus Resoluciones y con arreglo a lo dispuesto en el artículo 116 del Reglamento de desarrollo de la LOPD aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 diciembre.

Contra esta resolución, que pone fin a la vía administrativa (artículo 48.2 de la LOPD), y de conformidad con lo establecido en los artículos 112 y 123 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los interesados podrán interponer, potestativamente, recurso de reposición ante la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la notificación de esta resolución, o, directamente recurso contencioso administrativo ante la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 25 y en el apartado 5 de la disposición adicional cuarta de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación de este acto, según lo previsto en el artículo 46.1 del referido texto legal.



Sin embargo, el responsable del fichero de titularidad pública, de acuerdo con el artículo 44.1 de la citada LJCA, sólo podrá interponer directamente recurso contencioso administrativo ante la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional con arreglo a lo dispuesto en el artículo 25 y en el apartado 5 de la disposición adicional cuarta de la LJCA, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación de este acto, según lo previsto en el artículo 46.1 del referido texto legal.

Mar España Martí
Directora de la Agencia Española de Protección de Datos