

LEY FORAL 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica

BON 13 Mayo

BOE 30 Mayo

LA LEY 867/2002

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente

LEY FORAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS, A LA INFORMACION Y A LA DOCUMENTACION CLINICA.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Los derechos de los pacientes en las relaciones clínico-asistenciales, directamente relacionados con las declaraciones universal y europea de Derechos Humanos, fueron señalados por la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida en el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y por numerosas declaraciones internacionales. En tal sentido se ha de destacar el Convenio del Consejo de Europa de 4 de abril de 1997 (LA LEY 4009/1999), sobre los derechos del hombre y la biomedicina para la protección de los derechos y la dignidad humanos respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, que entró en vigor en el Estado español el 1 de enero de 2000.

Dicho Convenio es el primer instrumento internacional, vinculante para los países que lo suscriben, que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio recoge los derechos de los pacientes a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

El derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978 (LA LEY 2500/1978), fue objeto de una regulación básica por la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (LA LEY 1038/1986), en cuanto a los derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, sobre la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud.

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (LA LEY 1004/1991), declara en su exposición de motivos que «completa y desarrolla los contenidos de la Ley General de Sanidad sobre los derechos de los ciudadanos ante los servicios sanitarios. En este sentido destaca, por un lado, la extensión dentro del territorio foral de la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos y, por otro, el derecho a la elección de médico general, pediatra, tocoginecólogo y psiquiatría en la correspondiente Área de Salud. Igualmente se contempla el derecho a la elección de facultativos especialistas y centro hospitalario en las condiciones que se determinen reglamentariamente». En su artículo 5 se enumeran entre los derechos de los ciudadanos usuarios los relativos al «respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación alguna», a la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre su proceso en cuanto a diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, a la libre elección de las opciones, a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso y estancia en los centros sanitarios, así como a otros en directa relación con la prestación por la Administración de la atención sanitaria en las debidas condiciones de respeto a la intimidad personal y a la libertad individual de las personas usuarias, sin ningún tipo de discriminación.

A partir de tales premisas, la presente Ley Foral pretende completar las previsiones de la Ley Foral de Salud regulando con mayor profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de las personas usuarias en este aspecto.

Además, como derecho de la libertad y autonomía de la voluntad de las personas usuarias de los servicios sanitarios, se incluye la posibilidad de elaborar documentos de voluntades anticipadas. Se parte de reconocer

de manera explícita la posibilidad de que las personas puedan hacer un documento denominado de voluntades anticipadas, que deba ser respetado como tal, por medio de los cuales determinen sus voluntades antes de la intervención médica, por si no se encuentran en situación de expresarla. Un documento de estas características, de acuerdo con lo establecido por el artículo 9 del Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997, debe entenderse como un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, a fin de conocer con más exactitud la voluntad del paciente, expresada de forma consciente, responsable y libre.

La Ley Foral regula el tratamiento de la documentación clínica y, en concreto, de la historia clínica de cada persona. Se trata de establecer una regulación más sistemática y concreta que la actualmente existente, con base en criterios prácticos, tanto desde el punto de vista de las personas usuarias de los servicios sanitarios como de los profesionales sanitarios, que son los que configuran las historias clínicas y trabajan con ellas. Se describe el contenido de la historia clínica como documento que incorpora toda la información sobre el estado de salud del paciente y las actuaciones clínicas y sanitarias correspondientes a los diversos episodios asistenciales, se regulan los derechos de las personas usuarias en relación con la documentación clínica, el acceso a la información que contiene, y los plazos durante los que dicha información debe conservarse.

La Comunidad Foral de Navarra tienen competencia para la presente regulación de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48 y 53 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral (LA LEY 2233/1982).

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1 Objeto

- 1.** Es objeto de la presente Ley Foral regular los derechos y obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios sanitarios públicos y privados en materia de información, y documentación clínica, estableciendo los contenidos mínimos, comunes y generales de la historia clínica de los pacientes en los servicios sanitarios.
- 2.** Así mismo es objeto de la presente Ley Foral garantizar la autonomía de decisión en relación a los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen sobre su propio estado de salud y enfermedad, como también sobre la confidencialidad de la información relacionada con su proceso, y a la libre elección de opciones de tratamiento presentadas.
- 3.** Los derechos enunciados en los apartados anteriores podrán llevarse a efecto por medio de una declaración expresa sobre sus opciones e instrucciones ante intervenciones sanitarias y respecto a la donación de sus órganos.

CAPITULO II

El derecho a la información

Artículo 2 Formulación y alcance del derecho a la información asistencial

- 1.** Los ciudadanos y ciudadanas usuarios del sistema sanitario de la Comunidad Foral tienen derecho a recibir información sobre los servicios y dispositivos a que pueden acceder, así como a la prestación de los mismos sin discriminación alguna y desde el respeto a su personalidad.
- 2.** En cualquier actuación en el ámbito de los servicios sanitarios, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud. No obstante es necesario respetar la voluntad explícita de una persona a no ser informada y a que no se transmita información de su estado de salud o enfermedad a las personas a él vinculadas por razones familiares, o de hecho, ni a terceras personas.

Dicha información de la que deberá dejarse constancia en la historia clínica y como regla general será presentada de forma oral, abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación, así como sus riesgos y consecuencias.
- 3.** La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas. Será verídica y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarle a tomar decisiones de una manera autónoma.

4. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También deben asumir responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le aplican una técnica o un procedimiento concretos.

Artículo 3 *El titular del derecho a la información asistencial*

1. El titular del derecho a la información es el paciente. Las personas vinculadas al mismo deberán ser informadas en la medida en que aquél lo permita expresa o tácitamente.

2. En caso de incapacidad del paciente, éste debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de tener que informar también a quien tenga su representación, personas a él vinculadas por razones familiares y de hecho que a suman(sic) la responsabilidad de las decisiones que hayan de adoptarse propuestas por el médico.

3. Si el paciente, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es capaz para entender la información o hacerse cargo de su situación, debe informarse también a las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho que asuman la responsabilidad de dar conformidad a las decisiones que hayan de adoptarse a propuesta del médico.

4. En situaciones de urgencia vital, necesidad terapéutica o ausencia de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho, el médico podrá adoptar las decisiones más adecuadas y proporcionadas, para actuar en interés del paciente.

Artículo 4 *Formulación del derecho a la información concerniente a la salud pública*

Los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a tener conocimiento adecuado de los problemas sanitarios generales que impliquen un riesgo para la salud colectiva, y a que esta información y las medidas sanitarias de prevención o tratamiento se difunda en términos verídicos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.

CAPITULO III Derecho a la intimidad

Artículo 5 *Formulación y alcance del derecho a la intimidad*

1. Toda persona tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con los datos referentes a su salud y estancias en centros sanitarios públicos o privados. Igualmente, tiene derecho a que nadie que no cuente con su autorización pueda acceder a ellos, salvo cuando así lo autorice por razones de interés general la legislación vigente, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y a conocer en todo caso quién ha accedido a sus datos sanitarios, el motivo del acceso y el uso que se ha hecho de ellos, salvo en caso del uso codificado de los mismos.

2. La Administración Sanitaria Navarra y los centros sanitarios deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado 1, elaborando, en su caso, normas y protocolos para garantizar la legitimidad del acceso a los datos de los pacientes. En tal caso deberá comunicarse a los usuarios las razones y el modo de proporcionar tales informaciones.

CAPITULO IV Respeto al derecho a la autonomía del paciente y a su voluntad expresada

Artículo 6 *Derecho de los ciudadanos y ciudadanas a la libre elección de alternativas de tratamiento y la toma de decisiones*

1. Los centros sanitarios de la Comunidad Foral informarán por procedimiento escrito de los derechos que esta Ley Foral reconoce a los usuarios desde el mismo momento de su ingreso, mediante la disposición de documentos o formularios que informen con claridad y acrediten mediante su firma el conocimiento de los derechos ya legislados en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, además del consentimiento específico en las intervenciones oportunas.

2. Los Comités de Ética Asistencial u organismos similares que actualmente están funcionando en los centros sanitarios, analizarán y asesorarán a profesionales, pacientes y sus familiares en las cuestiones de carácter

ético y facilitarán el proceso de toma de decisiones de todos los intervinientes dentro del cometido asistencial.

Artículo 7 El consentimiento informado

1. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada, de acuerdo con lo establecido por el artículo 2. Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, cuando se llevan a cabo procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. El consentimiento puede ser revocado libremente en cualquier momento.

2. El documento de consentimiento debe ser específico para cada episodio clínico, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Dicho documento debe contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sobre sus riesgos.

Artículo 8 Excepciones a la exigencia del consentimiento y otorgamiento del consentimiento por sustitución

1. Son situaciones de excepción a la exigencia general del consentimiento que permiten realizar las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona afectada:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública, si lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación que sea de aplicación.

En todo caso, una vez adoptadas las medidas administrativas, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública (LA LEY 924/1986), deberán ser comunicadas a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas, cuando supongan el internamiento obligatorio de las personas.

b) Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento no es posible conseguir la autorización de este o de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho.

c) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho del paciente deberá ser ejercitado por las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho.

d) Cuando el paciente haya manifestado expresamente su deseo de no ser informado, en cuyo caso deberá respetarse su voluntad, sin perjuicio de obtenerse el consentimiento previo para la intervención, dejando constancia documentada de esta renuncia(sic) a la información.

No obstante, el derecho a no saber podrá restringirse en interés de la salud del propio paciente, por exigencias terapéuticas, o de interés de terceros o de la colectividad.

2. Son situaciones de otorgamiento del consentimiento por sustitución:

a) Cuando el enfermo, a criterio del/de la médico responsable de la asistencia, no sea capaz para tomar decisiones porque su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación, el/la médico responsable recabará el consentimiento de las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho.

Se dará preferencia al cónyuge o persona vinculada al enfermo por análoga relación de afectividad, y, en su defecto, a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado a los de mayor edad.

b) En los casos de incapacidad legal, de personas internadas por trastornos psíquicos y de menores, el consentimiento debe darlo quien tenga la tutela o curatela.

Los menores emancipados y los adolescentes de más de dieciséis años deberán dar personalmente su consentimiento. En el caso de los menores, el consentimiento debe darlo su representante después de haber escuchado su opinión, en todo caso, si es mayor de doce años.

3. En los supuestos definidos en las letras a) y b) del apartado 2, se podrán realizar sin el consentimiento exigido las intervenciones urgentes e indispensables para evitar lesiones irreversibles o peligro cierto de muerte de la persona afectada.

4. En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión e intervención médica debe respetar la dignidad personal del enfermo, estar motivada, ser objetiva y proporcionada, quedando reflejado todo ello en la historia clínica. En todo caso, se intentará que tanto el enfermo como sus parientes y allegados intervengan cuanto sea posible en la toma de decisiones.

Artículo 9 La declaración de voluntades anticipadas

1. El documento de voluntades anticipadas es aquel dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad o un menor al que se le reconoce capacidad conforme a la presente Ley Foral, deja constancia de los deseos previamente expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad, por medio del consentimiento informado, y que deben ser tenidos en cuenta por el médico responsable y por el equipo médico que le asista en tal situación.

En las voluntades anticipadas se podrán incorporar manifestaciones para que, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se evite, el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte.

La persona en las manifestaciones de las voluntades anticipadas y a tal efecto, puede designar a un representante para cuando no pueda expresar su voluntad por sí misma. Esta persona será la única interlocutora válida y necesaria con el médico o el equipo sanitario.

En la declaración de voluntad anticipada, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto de la donación total o parcial de sus órganos para fines terapéuticos, docentes o de investigación. En este supuesto no se requerirá ninguna autorización para la extracción o utilización de los órganos donados.

2. El documento de voluntades anticipadas deberá ser respetado por los servicios sanitarios y por cuantas personas tengan alguna relación con el autor del mismo, como si se tratara de un testamento.

Para su plena efectividad el documento de la declaración de voluntades anticipadas deberá haber sido otorgado en las condiciones citadas en el apartado 1, formalizándose por alguno de los siguientes procedimientos:

a) Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos.

b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

3. Los médicos o equipos médicos destinatarios de la declaración de voluntades anticipadas no tendrán en cuenta las instrucciones que sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la buena práctica clínica, a la mejor evidencia científica disponible o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlas. En estos casos, debe hacerse la anotación razonada pertinente en la historia clínica.

La Administración Sanitaria adoptará las medidas necesarias para garantizar la voluntad anticipada del paciente recogida en el documento.

4. El documento que recoja la declaración de voluntades anticipadas deberá ser entregado por la persona que lo ha otorgado, por sus familiares o por su representante al centro sanitario donde la persona sea atendida. Este documento deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

CAPITULO V

Sobre la historia clínica

Artículo 10 Definición y tratamiento de la historia clínica

1. La historia clínica recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo identificando a los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en el mismo. Debe procurarse la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. Esta integración debe hacerse, como mínimo, en el ámbito de cada centro, donde debe existir una historia clínica única para cada paciente.

2. El centro debe almacenar las historias clínicas en instalaciones que garanticen su seguridad, correcta conservación y recuperación de la información.

3. Las historias clínicas se pueden elaborar mediante soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad del contenido de las mismas y su plena reproductibilidad futura. En cualquier caso, debe garantizarse que quedan registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado.

Las historias clínicas deberán ser claramente legibles, evitándose, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas y estarán normalizadas en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que se disponga reglamentariamente. Cualquier información incorporada a la historia clínica debe ser datada y firmada de manera que se identifique claramente la persona que la realice.

4. Los centros sanitarios deben adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procesamiento que no sean autorizados.

Artículo 11 Contenido de la historia clínica

Consultar otras redacciones

1. La historia clínica debe tener un número de identificación y debe incluir los siguientes datos:

a) Datos de identificación del enfermo y de la asistencia:

- Nombre y apellidos del enfermo.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual.
- Domicilio habitual y teléfono.
- Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
- Servicio o unidad en que se presta la asistencia, si procede.
- Número de habitación y de cama, en caso de ingreso.

- Médico responsable del enfermo.

b) Datos clínico-asistenciales:

- Antecedentes familiares y personales fisiológicos y patológicos.
- Descripción de la enfermedad o el problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta.
- Procedimientos clínicos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta.
- Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
- Hojas de tratamiento médico.
- Hoja de consentimiento informado si procede.
- Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito, si procede.
- Informes de epicrisis o de alta, en su caso.
- Documento de alta voluntaria, en su caso.
- Informe de necropsia, si existe.
- En caso de intervención quirúrgica, debe incluirse la hoja operatoria y el informe de anestesia, y en caso de parto, los datos de registro.
- El informe de urgencia.
- La autorización de ingreso.
- El informe de anatomía patológica.
- En su caso, el documento de voluntades anticipadas, así como posible condición de donante de órganos.
- La evolución y planificación de los cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.

- El informe clínico de alta.

c) Datos sociales:

- Informe social, si procede.

2. En las historias clínicas hospitalarias en que participen más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.

3. Los centros sanitarios deben disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen.

Artículo 12 Usos de la historia clínica

Consultar otras redacciones

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente. A dicho efecto, los profesionales asistenciales del centro que están implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo deben tener acceso a la historia clínica.

2. Cada centro debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta asistencia a un paciente concreto, los profesionales que le atienden puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente.

3. Se puede acceder a la historia clínica con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia, con sujeción a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LA LEY 4633/1999), en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LA LEY 1038/1986), y las disposiciones concordantes. El acceso a la historia clínica con estas finalidades obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, salvo si éste ha dado antes el consentimiento.

4. El personal que se ocupa de las tareas de administración y gestión de los centros sanitarios puede acceder sólo a los datos de la historia clínica relacionados con las mencionadas funciones.

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene 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.

6. Aquel personal que accede en uso de sus competencias a cualquier clase de datos de la historia clínica queda sujeto al deber de guardar el secreto de los mismos.

7. La Administración velará por el buen uso de los archivos de datos de los pacientes, aplicando las medidas de seguridad, control y de registro de cualquier acceso a los datos efectuado.

Artículo 13 La conservación de la documentación clínica

Consultar otras redacciones

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 de alta de cada proceso asistencial.

2. En cualquier caso, en la historia clínica deben conservarse, junto con los datos de identificación del paciente, durante cinco años, como mínimo, a contar desde la muerte del paciente: Las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.

3. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación

vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

4. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

5. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

6. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

7. 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.

CAPITULO VI

Derechos en relación con la historia clínica

Artículo 14 *Derechos de acceso a la historia clínica*

Consultar otras redacciones

1. Con las reservas señaladas en el apartado 2 de este artículo, el paciente tiene derecho a acceder a la documentación de la historia clínica descrita por el artículo 11 y a obtener una copia de los datos que figuran en ella. Corresponde a la Administración regular el procedimiento para garantizar el acceso a la historia clínica.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación, siempre que esté suficientemente acreditada.

3. El derecho al 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.

Artículo 15 *Derechos en relación con el contenido de la historia clínica*

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia debe permitir la recogida, recuperación, integración y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad en los términos establecidos por el artículo 12 de la presente Ley Foral.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra deberá promover, mediante un proceso que garantice la participación de todos los agentes implicados, el establecimiento de un sistema que posibilite la existencia de una historia clínica única por paciente, el uso compartido de las historias clínicas entre los centros asistenciales de Navarra y su acceso a toda la información clínica disponible.

Segunda

Modificación de la letra b) del apartado 6 del artículo 5 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

Se modifica la letra b) del apartado 6 del artículo 5, de la Ley Foral de Salud, que tendrá la siguiente redacción:

«b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso se estará a lo dispuesto en la declaración de voluntad anticipada.»

Tercera

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra promoverá cursos de formación específica dirigidos al personal sanitario para el aprendizaje y mejor comprensión de los procesos de enfermedad y muerte, con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento de dichos procesos, tanto en los aspectos sanitarios como en las relaciones humanas.

Cuarta

El Departamento de Salud con el fin de dar garantía a las personas que hayan ejercido el derecho de manifestar sus voluntades anticipadas de su cumplimiento, tanto en el ámbito territorial de Navarra como en el resto del Estado, adoptará las medidas necesarias de registro de las mismas y de coordinación e intercomunicación dentro del Sistema Nacional de Salud por los medios más adecuados y efectivos en cada momento y, en su caso, por los procedimientos adoptados por el Consejo Interterritorial de la Salud.

Quinta

El informe de alta del paciente, la emisión de certificados médicos y las obligaciones profesionales en relación con la cumplimentación de informes técnicos, estadísticos y administrativos, referentes a los actos sanitarios se registrará por lo que al respecto establezca la legislación básica del Estado.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera

Los centros sanitarios disponen de un plazo de un año, a contar desde la entrada en vigor de la presente Ley Foral, para adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias para adaptar el tratamiento de las historias clínicas a las previsiones(sic) contenidas en la misma, y para elaborar los modelos normalizados de historia clínica a que se refiere el artículo 11. Los procesos asistenciales que se lleven a cabo transcurrido este plazo deben reflejarse documentalmente de acuerdo con los modelos normalizados aprobados.

Segunda

El Departamento de Salud establecerá los mecanismos necesarios a fin de informar y poner en conocimiento de los ciudadanos los derechos contenidos en la presente Ley Foral, así como la declaración de voluntades anticipadas y la forma de hacerla efectiva.

DISPOSICIONES FINALES

Primera

Se faculta al Gobierno de Navarra para desarrollar reglamentariamente lo establecido por la presente Ley Foral.

Segunda

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo dispuesto en la presente Ley Foral.

Tercera

La presente Ley Foral entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOLETIN OFICIAL de Navarra.

Yo, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, promulgo, en nombre de S.M. el Rey, esta Ley Foral, ordeno su inmediata publicación en el BOLETIN OFICIAL de Navarra y su remisión al «Boletín Oficial del Estado» y mando a los ciudadanos y a las autoridades que la cumplan y la hagan cumplir.