



V LEGISLATURA NÚM. 96

18 de abril de 2002

El texto del Boletín Oficial del Parlamento de Canarias puede ser consultado gratuitamente a través de Internet en la siguiente dirección:
<http://www.parcn.es>

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE CANARIAS

SUMARIO

PROPOSICIONES DE LEY

ENMIENDAS A LA TOTALIDAD

PPL-13 Sobre derechos del paciente a la información, salud, autonomía vital, y a la documentación clínica.

Página 2

PROPOSICIÓN DE LEY

ENMIENDA A LA TOTALIDAD

PPL-13 *Sobre derechos del paciente a la información, salud, autonomía vital, y a la documentación clínica.*

*(Publicación: BOPC núm. 29, de 30/1/02.)
(Registros de entrada núms. 661, de 15/3/02,
y 676 y 678 de 20/3/02.)*

PRESIDENCIA

La Mesa del Parlamento, en reunión celebrada el día 20 de marzo de 2002, adoptó el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia:

2.- ASUNTOS TRATADOS FUERA DEL ORDEN DEL DÍA
PROPOSICIONES DE LEY

2.2.- Sobre derechos del paciente a la información, salud, autonomía vital, y a la documentación clínica: enmiendas a la totalidad.

Acuerdo:

Terminado el plazo de presentación de enmiendas a la totalidad a la proposición de ley de referencia, a la vista de la presentada, se acuerda admitir a trámite la enmienda a la totalidad de texto alternativo del Grupo Parlamentario Socialista Canario.

De este acuerdo se dará traslado al Gobierno y al autor de la enmienda. Asimismo, se publicará en el Boletín Oficial del Parlamento.

En ejecución de dicho acuerdo, y en conformidad con lo previsto en el artículo 102 del Reglamento del Parlamento de Canarias, dispongo su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento.

En la Sede del Parlamento, a 16 de abril de 2002.- EL PRESIDENTE, José Miguel Bravo de Laguna Bermúdez.

A LA MESA DE LA CÁMARA

El Grupo Parlamentario Socialista Canario, al amparo de lo dispuesto en el art. 128 y concordantes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la totalidad con propuesta de texto alternativo a la Proposición de ley de derechos del paciente a la información, salud, autonomía vital, y a la documentación clínica (PPL-13).

Canarias, a 15 de marzo de 2002.- PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA CANARIO, José Alcaraz Abellán.

Se sustituye el texto propuesto para la proposición de ley, por el siguiente:

PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE LOS DERECHOS DE INFORMACIÓN CONCERNIENTE A LA SALUD Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de los derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Últimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido en el tiempo, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo

suscriben, y su especial valía reside en el hecho de 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 se refiere explícitamente y con detenimiento a la necesidad de reconocer, en diversos aspectos, y con una gran extensión, los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*.

De otra parte, esta Ley a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios.

Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población, mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa extensamente las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. Así mismo, la Ley trata en profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

La inclusión de la regulación sobre la posibilidad de elaborar documentos de voluntades anticipadas en la parte relativa a la autonomía del paciente constituye seguramente la novedad más destacada de la Ley.

Incorporar dicha regulación supone reconocer de manera explícita la posibilidad de que las personas puedan hacer lo que comúnmente se conoce como

testamentos vitales o testamentos biológicos, por primera vez en toda España, para poder determinar, antes de una intervención médica, sus voluntades por sí, en el momento de la intervención, no se encuentran en situación de expresarlas. 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, antes mencionado, debe entenderse como un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, a fin de conocer con más exactitud la voluntad del paciente.

La última parte de la Ley, la más extensa y detallada, precisa el tratamiento de la documentación clínica y, en concreto, de la historia clínica, es decir, el conjunto de documentos que configuran el historial médico de cada persona. A pesar de que existe plena normativa que regula la materia, dicha normativa es ciertamente dispersa, aproximativa y poco concreta. Es por ello que se propugna el establecimiento de una serie de criterios esencialmente prácticos, tanto desde el punto de vista del usuario de los servicios sanitarios como de los profesionales sanitarios, que son los que configuran las historias clínicas y trabajan con ellas diariamente en tanto que instrumento básico de la asistencia sanitaria.

Esta cuestión se aborda desde diversos puntos de vista. De otro lado, 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, como también, si cabe, aquellas observaciones o apreciaciones subjetivas del médico. Así mismo, se regulan los derechos de los usuarios en relación a la documentación clínica, el tratamiento que han tenido en los diversos niveles asistenciales, el acceso a la información que contiene “quién puede acceder a ella y en qué condiciones”, y los plazos durante los que dicha información debe conservarse.

El objetivo básico de la presente Ley es, en definitiva, profundizar en la concreción práctica de los derechos a la información, al consentimiento informado y al acceso a la documentación clínica de todos los ciudadanos españoles en el ámbito sanitario, todo ello sin perjuicio del ulterior despliegue reglamentario.

CAPÍTULO 1

LAS DISPOSICIONES DIRECTIVAS

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene por objeto:

a) Determinar el derecho del paciente a la información concerniente a la propia salud y a su autonomía de decisión.

b) Regular la historia clínica de los pacientes de los servicios sanitarios.

CAPÍTULO 2

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN

Artículo 2. Formulación y alcance del derecho a la información asistencial.

1. En cualquier actuación asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad de una persona de no ser informada.

2. La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, debe ser verídica, y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarle a tomar decisiones de manera autónoma.

3. 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. Reglamentariamente la Administración competente regulará la asignación al paciente del médico responsable a los efectos de esta Ley en la Comunidad Autónoma de Canarias.

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

1. El titular del derecho a la información es el paciente. Debe informarse a los familiares o a las personas a él vinculadas en la medida en que éste 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.

3. Si el paciente, a criterio del médico responsable de la asistencia, no está en condiciones para entender la información, porque se encuentra en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, debe de informarse también a los familiares o a las personas a él vinculadas, para actuar en interés del paciente.

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

Los ciudadanos tienen derecho a tener conocimiento adecuado de los problemas de salud de la colectividad que impliquen un riesgo para la salud, y que esta información se difunda en términos verídicos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud.

CAPÍTULO 3

DERECHO A LA INTIMIDAD, Y AL CONOCIMIENTO DEL
ACCESO Y EL USO DE SUS DATOS**Artículo 5. Formulación y alcance del derecho a la intimidad.**

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud 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. Igualmente, tiene derecho a que nadie que no esté autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.

2. Los centros sanitarios deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado 1, y a dicho efecto deben elaborar, en su caso, normas y procedimientos protocolizados para garantizar la legitimidad del acceso a los datos de los pacientes.

CAPÍTULO 4

RESPECTO AL DERECHO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Artículo 6. El consentimiento informado.

1. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico.

2. Cualquier actuación en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada del mismo, de acuerdo con lo establecido por el artículo 2.

3. Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se llevan a cabo procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes notorios y previsible susceptibles de repercutir en la salud del paciente.

4. El documento de consentimiento debe ser específico para cada supuesto, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Dicho documento debe contener información comprensible y suficiente sobre el procedimiento de que se trata y sobre sus riesgos y en él constará la identidad del médico responsable del paciente.

5. En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento, haciéndolo constar de forma fehaciente y, en todo caso, en los casos previstos en el apartado 2, por escrito.

Artículo 7. Excepciones a la exigencia del consentimiento y otorgamiento del consentimiento por sustitución.

1. Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento:

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.

b) Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo no es posible conseguir la autorización de éste o de sus familiares o de las personas a él vinculadas.

En estos supuestos, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.

2. Son situaciones de otorgamiento del consentimiento por sustitución:

a) Cuando el enfermo, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es competente para tomar decisiones, porque se encuentra en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, el consentimiento debe obtenerse de los familiares de éste o de las personas a él vinculadas. 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 acuerdo con lo dispuesto en el Código Civil.

c) En el caso de menores, si éstos no son competentes, ni intelectual ni emocionalmente, para comprender el alcance de la intervención sobre su salud, el consentimiento debe darlo el representante del menor, después de haber escuchado, en todo caso, su opinión si es mayor de doce años. En los demás casos, y especialmente en casos de menores emancipados y adolescentes de más de dieciséis años, el menor debe dar personalmente su consentimiento.

No obstante, en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de práctica de técnicas de reproducción humana asistida, se estará a lo establecido con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad, y, si procede, la normativa específica que sea de aplicación.

3. En los supuestos definidos en las letras a) y b) del apartado 2, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.

4. En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión debe ser la más objetiva y proporcional posible a favor del enfermo y de respeto a su dignidad personal. Si aquellos que han de sustituir su voluntad se negaren injustificadamente a prestar el consentimiento de forma que se ocasionase un riesgo grave para la salud del enfermo, se podrán llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud del paciente, dejando constancia por escrito de todas estas circunstancias. Así mismo, el enfermo debe intervenir tanto como sea posible en la toma de decisiones.

Artículo 8. Las voluntades anticipadas.

1. El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, o en otro separado, la persona puede también designar un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituyan en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma. Sus decisiones habrán de ser a favor de la persona interesada y tendrán en cuenta las restricciones que ésta haya podido imponer.

2. Con este documento se debe hacer efectivo el derecho del paciente, previamente informado, a decidir previamente sobre la no iniciación o suspensión de un tratamiento en el que se empleen medios que contribuyan a la prolongación de la vida cuando esta presenta ya un deterioro irreversible o una enfermedad en fase terminal. Asimismo deberá poder contemplar el acceso por parte del paciente a fármacos necesarios para paliar al máximo su sufrimiento psíquico o dolor físico causado por enfermedad, aún en el supuesto que puedan acortar su vida.

3. Debe haber constancia fehaciente de que este documento ha sido otorgado en las condiciones citadas en el apartado 1.

4. No se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico, o que no se correspondan exactamente 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 del paciente.

5. Si existen voluntades anticipadas, la persona que las ha otorgado, sus familiares o su representante debe entregar el documento que las contiene al centro sanitario donde la persona sea atendida. Este documento de voluntades anticipadas debe incorporarse a la historia clínica del paciente.

6. Los documentos de voluntades anticipadas, deben ser formalizados de acuerdo con lo previsto en las legislaciones vigentes a fin de que puedan surtir efectos en todo el territorio nacional.

7. Los centros sanitarios dispondrán de los procedimientos adecuados para que las personas interesadas puedan otorgar el documento de voluntades anticipadas.

8. En cualquier momento, la persona que ha otorgado documento de voluntades anticipadas o documento de designación de representante puede revocarlo o modificarlo. Siempre que tenga capacidad suficiente y lo haga libremente.

CAPÍTULO 5
SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

Artículo 9. Definición y tratamiento de la historia clínica.

1. La historia clínica recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo identificando 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. Las historias clínicas son documentos confidenciales propiedad de la Administración sanitaria o entidad titular del centro sanitario, cuando el médico trabaja por cuenta ajena y bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la propiedad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria.

3. La entidad o facultativo propietario es responsable de la custodia de las historias clínicas y deberá adoptar todas las medidas precisas para garantizar la confidencialidad de los datos y la información contenida en ellas.

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

5. 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 reproducibilidad 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 realiza.

6. 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 10. Contenido de la historia clínica.

1. La historia clínica debe tener un número de identificación que constará en todos los documentos que la integren 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.

- Domicilio habitual y teléfono, con vistas a localizarle.
- 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.

Asimismo, cuando se trata de usuarios del Servicio Canario de la Salud y la atención se presta por cuenta de dicho ente, debe hacerse constar también el código de identificación personal contenido en la tarjeta sanitaria individual.

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.

c) Datos sociales:

- Informe social, si procede.

2. En las historias clínicas hospitalarias, en que con frecuencia participan 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 11. Usos de la historia clínica.

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente. A tal 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*, y la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, 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 al servicio de la Administración sanitaria que ejerce funciones de inspección, debidamente acreditado, puede acceder a las historias clínicas, a fin de comprobar la calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes o la 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. En cualquier otro caso, el acceso a los datos de la historia clínica debe solicitarse motivadamente al médico responsable de la custodia de aquélla y requerirá el consentimiento del afectado.

8. Cualquier acceso a los datos de la historia clínica cuya finalidad no sea asistencial quedará registrado en la misma, expresándose el motivo de dicho acceso.

Artículo 12. La conservación de la historia clínica.

1. La historia clínica debe conservarse como mínimo hasta veinte años después de la muerte del paciente. No obstante, se pueden seleccionar y destruir los documentos que no son relevantes para la asistencia, transcurridos diez años desde la última atención al paciente.

2. En cualquier caso, en la historia clínica deben conservarse, junto con los datos de identificación del paciente, durante veinte 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. A pesar de lo establecido en los apartados 1 y 2 de este artículo la documentación que a criterio del facultativo sea relevante a efectos preventivos, asistenciales o epidemiológicos, debe conservarse durante todo el tiempo que sea necesario (así como aquella información de las historias clínicas cuya conservación sea procedente por razones jurídicas).

4. No obstante lo establecido en los apartados 1 y 2 de este artículo, el paciente tiene derecho a la cancelación de los datos identificativos de la historia clínica, siempre que no sean relevantes por razones de carácter asistencial, de salud pública, de gestión de los servicios sanitarios o judiciales.

CAPÍTULO 6

DERECHOS EN RELACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA

Artículo 13. Derechos de acceso a la historia clínica.

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 10, y a obtener una copia de los datos que figuran en ella. Corresponde a los centros sanitarios regular el procedimiento para garantizar el acceso a la historia clínica.

2. El derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica nunca puede ser en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos de los mismos que figuran en la mencionada documentación, ni del derecho de los profesionales que han intervenido en su elaboración, que pueden invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

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

Artículo 14. 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 11 de la presente Ley.

DISPOSICIÓN ADICIONAL ÚNICA

1. La Consejería de Sanidad y Consumo, con el objetivo de avanzar en la configuración de una historia

clínica única por paciente, deberá promover, mediante un proceso que garantice la participación de todos los agentes implicados, el estudio de un sistema que, atendiendo a la evolución de los recursos técnicos, posibilite el uso compartido de las historias clínicas entre los centros asistenciales de Canarias, a fin de que pacientes atendidos en diversos centros no se tengan que someter a exploraciones y procedimientos repetidos, y los servicios asistenciales tengan acceso a toda la información clínica disponible.

2. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional y de la Comunidad Autónoma de Canarias, de las voluntades anticipadas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en las legislaciones correspondientes, se creará un Registro Autonómico Centralizado de Voluntades Anticipadas, adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA

Los centros sanitarios disponen de un plazo de un año, desde la entrada en vigor de la presente Ley, para adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias para adaptar el tratamiento de las historias clínicas a las previsiones contenidas en las mismas, y elaborar los modelos normalizados de historia clínica a que se refiere el artículo 10.2. Los procesos asistenciales que se lleven a cabo transcurrido este plazo deben reflejarse documentalmente de acuerdo con los modelos normalizados aprobados.

DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA

Se faculta al Gobierno de Canarias y a la Consejería de Sanidad y Consumo para que desarrollen reglamentariamente lo establecido por la presente Ley.



