

El uso de la historia clínica por parte de la enfermera

**Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros
de Barcelona**

Comisión Deontológica

Barcelona, mayo de 2023

COL·LEGI OFICIAL
INFERMERES I INFERMERS
BARCELONA



© Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Miembros de la Comisión Deontológica en el momento de la elaboración del documento (2023): Paola Galbany Estragués, Francisca Pavón Rodríguez, Isabel Pera Fàbregas, Margarita García de Vicuña Muñoz de la Nava, Mónica Jiménez Pancorbo, Montserrat Venturas Nieto, Gerardo Colomar Pueyo.

El uso de la historia clínica por parte de la enfermera

Introducción

En el momento de dar asistencia sanitaria a la persona atendida, la enfermera, ya sea en el ejercicio libre de su profesión como en un centro o servicio sanitario, público o privado, debe acceder a la historia clínica de la persona.

Este documento presenta los elementos más importantes que la enfermera debe tener en cuenta en relación con la historia clínica, menciona los aspectos más relevantes de su regulación ética y legal y recoge las indicaciones sobre cómo hacer un buen uso, con la finalidad de que sea un recurso de utilidad en nuestra práctica profesional diaria.

¿Qué es la historia clínica?

El *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña*¹, de 2013, define la historia clínica como el “registro, de carácter asistencial y legal, donde se recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada persona, identificando a los profesionales que han intervenido.”

La Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica² define la historia clínica en su artículo 9, apartado 1, como “el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo identificando a los médicos y al resto de profesionales asistenciales que han intervenido.”

Esta definición coincide con la que da 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 clínica³, cuando dice que la historia clínica es 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.” En su artículo 14, sobre definición y archivo de la historia clínica, afirma 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 otros profesionales que han intervenido, a fin de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.”

Tal y como podemos apreciar, todas las definiciones mencionan su cariz a la vez asistencial y legal.

El contenido de la historia clínica, de acuerdo con el artículo 15 de la Ley 41/2002, es:

“1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. El paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos los procesos

asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como finalidad 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.”

Por eso, podemos decir que la historia clínica es a la vez:

- Un derecho del paciente para que quede constancia de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.
- Una herramienta de trabajo de las enfermeras y del resto de los profesionales de la salud para facilitar la asistencia sanitaria a la persona atendida.

Junto con el concepto de historia clínica y su uso por parte de la enfermera, es necesario tener presentes otros conceptos directamente relacionados con el acceso a la misma, definidos por el *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña*, como, por ejemplo:

- “Confidencialidad: Compromiso ético y legal de no divulgar la información obtenida a través del ejercicio de la profesión, con el objetivo de proteger la intimidad de la persona.”
- “Dignidad: Calidad inherente a la persona que le otorga un valor incondicional, lo que hace que sea merecedora de respeto y consideración.”
- “Intimidad: Hace referencia al ámbito más interior de la persona, aquel que se considera más reservado sobre sí mismo; contiene una dimensión física y otra psíquica.”
- “Secreto compartido: Mantenimiento, dentro de un equipo, de la confidencialidad de todos los datos de la persona atendida.”

¿Qué documentos integran la historia clínica?

La Ley 21/2000, en su artículo 10, indica qué documentos deben integrar la historia clínica en el ámbito catalán:

“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.
- Dirección habitual y teléfono, a efectos de localizarlo.
- Fecha de asistencia y de ingreso, si procede.
- Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial.
- Servicio o unidad en la que se presta la asistencia, si procede.
- Número de habitación y cama, en caso de ingreso.
- Médico responsable del enfermo.

Asimismo, cuando se trata de usuarios del Servicio Catalán de la Salud y la atención se presta por cuenta de este 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 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, así como las hojas de interconsulta.
- Hojas de curso clínico, en caso de ingreso.
- Hojas de tratamiento médico.
- Hoja de consentimiento informado, si es pertinente.
- Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y plan terapéutico prescrito, si procede.
- Informes de epicrisis o de alta, si procede.
- 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, en su caso.
- 2. En las historias clínicas hospitalarias, en las que a menudo participa más de un médico o de 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 tienen y a la clase de prestación que realizan.”

Es en la Ley 41/2002 donde se hace mención de los documentos que integran lo que podemos llamar "historia clínica de enfermería":

- “Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.
2. ... El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente: ...
- m) La evolución y la planificación de cuidados de enfermería.
 - n) La aplicación terapéutica de enfermería.
 - ñ) El gráfico de constantes.”

¿Qué debemos de hacer constar?

En relación al registro, el Código de Ética de las Enfermeras y enfermeros de Cataluña nos indica que es la “constancia escrita de un hecho. Los registros enfermeros forman parte de la historia clínica y dejan constancia de la planificación, desarrollo y evaluación de los cuidados enfermeros.”

La Ley 21/2000 describe algunas cuestiones que deben dejarse registradas en 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 a los médicos y al resto de profesionales asistenciales que han intervenido...”

Artículo 10. Contenido de la historia clínica:

2. En las historias clínicas hospitalarias, en las que a menudo participa más de un médico o de un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones hechas por cada profesional.”

También lo indica la Ley 41/2002:

“Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.

1. 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.”

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

3. 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. 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.”

De esta forma, la enfermera, tanto si trabaja de forma individual, por su cuenta, como si lo hace en una institución, sea de atención primaria u hospitalaria, o en un centro sociosanitario o de atención intermedia, deberá registrar aquellas actuaciones que, en su ámbito de competencias, lleva a cabo en relación con la asistencia a la persona atendida.

En relación con esta cuestión, el *Código de Ética por las Enfermeras del Consejo Internacional de las Enfermeras*, de 2021, recoge: “2.12 Las enfermeras son responsables de la integridad de los datos para apoyar y facilitar estándares de cuidados éticos.”

El *Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de Cataluña* lo indica expresamente en su artículo 15: “La enfermera deja constancia escrita y firmada de sus observaciones, razonamientos, intervenciones y resultados en el proceso asistencial para responder de sus acciones, contribuir a garantizar la seguridad de la persona atendida y la continuidad de los cuidados y facilitar el trabajo en equipo.”

La enfermera no debe olvidar que, en el momento de recoger los datos, de acuerdo con el artículo 46 del *Código de Ética catalán*, debe explicar “el objetivo de la recogida de datos y se asegura de que pide aquellos que son justificadamente necesarios para proporcionar cuidados enfermeros de calidad. En caso de que se pueda vulnerar la intimidad de la persona atendida, la enfermera solicita los datos imprescindibles, es cuidadosa en el registro y respeta la posibilidad de que la persona no responda.”

La Ley 21/2000 indica qué debe constar en la historia clínica. En relación con el documento de voluntades anticipadas, el artículo 8 afirma que “no se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto a la hora de emitirlas. En estos casos, se realizará la anotación razonada pertinente a la historia clínica del paciente.”

Por su parte, la Ley 41/2002 recoge también cuestiones que deben quedar expresamente registradas:

- La negativa del paciente a recibir el tratamiento:

“Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.” (Artículo 2. Principios básicos)

- La información que se proporciona al paciente:

“Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma ... Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias...

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

- La negativa de la persona atendida a dar su consentimiento:

“Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.”

- En relación con el documento de voluntades anticipadas, en el mismo sentido que lo hace la Ley 21/2000:

“Artículo 11. Instrucciones previas.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.”

- Respeto de los supuestos de maltrato infantil:

“Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

5. Cuando la atención sanitaria prestada lo sea a consecuencia de violencia ejercida contra personas menores de edad, la historia clínica especificará esta circunstancia, además de la información a la que hace referencia este apartado.”

Además de las cuestiones expresamente indicadas por la Ley a las que acabamos de hacer referencia, es evidente que la enfermera debe hacer constar en la historia sus observaciones, razonamientos, intervenciones y resultados en el proceso asistencial,

clínico, de acuerdo con el que indica nuestro *Código de Ética*. En este sentido, algunos ejemplos de actuaciones asistenciales pueden ser:

- Indicar que ha curado una herida, mencionando su aspecto, por ejemplo, si drena o no material serohemático.
- Si realiza un sondaje: cómo se ha llevado a cabo la técnica y si se han producido o no complicaciones en el momento de realizarlo.
- Si realiza o no a una persona atendida una exploración complementaria que estaba programada o indicada para una situación de urgencia, como puede ser una tomografía axial computerizada, entre otras cuestiones.

El formato de presentación de la historia clínica

La Ley 21/2000, en su artículo 9, en lo referente a la definición y al tratamiento de la historia clínica, recoge los diversos formatos que puede presentar este documento: "Las historias clínicas se pueden elaborar mediante soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad del contenido y la plena reproducibilidad futura..."

En relación con esta cuestión, la Ley 41/2002, en su artículo 14, sobre la definición y el archivo de la historia clínica, afirma que "cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información."

Sin embargo, actualmente la mayoría de profesionales que trabajan por su cuenta y en la mayoría de instituciones, la historia clínica se presenta en soporte informático. Más adelante trataremos más ampliamente la historia clínica informatizada.

Cuándo y cómo debe acceder la enfermera a la historia clínica

El *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña* indica claramente, en su artículo 52, que "la enfermera se abstiene de acceder a datos de personas a las que no presta atención y, cuando las utiliza fuera del ámbito asistencial para fines docentes y de investigación, preserva su anonimato y cuenta con el consentimiento de la persona o de su representante legal, y/o con la autorización del comité de ética de investigación correspondiente."

También la Ley 21/2000 regula con detalle el acceso a la historia clínica:

"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 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 fines epidemiológicos, 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 (en la

actualidad Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales), y la Ley del Estado 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad [...]. 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 que éste haya dado antes su consentimiento.

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

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. Todo el personal que accede en uso de sus competencias a cualquier clase de datos de la historia clínica queda sujeto al deber de guardar su secreto."

En el mismo sentido la Ley 41/2002, en su artículo 16, sobre los usos de la historia clínica, establece que:

"1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. 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 legislación vigente en materia de protección de datos personales, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, 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 clínicoasistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos...

6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso."

También hace mención a esta cuestión la Orden SSI 81/2017⁴, de 19 de enero, que aprueba el protocolo que determina pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por parte de los alumnos y residentes en ciencias de la salud, a la que nos referimos con mayor detalle a los apartados correspondientes:

"7.1.1 El artículo 15.2 de la LBAP (Ley 41/2002) establece que la finalidad de la historia clínica es "facilitar la asistencia sanitaria dejando constancia de todos aquellos datos que bajo criterio médico permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud". Dicha ley en su artículo 16.1 establece que los

profesionales asistenciales que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia, sin necesidad del consentimiento del paciente..."

A partir de lo dispuesto en la normativa transcrita, podemos concluir que la enfermera tiene derecho a acceder a la historia clínica de la persona a la que está dando atención sanitaria de manera directa, como puede ser, por ejemplo, la persona a la que atiende en la consulta de un centro de atención primaria o el paciente ingresado en el servicio donde trabaja y al que da asistencia.

Fuera de estos supuestos concretos, si no tiene una relación asistencial directa con la persona atendida en ese momento, la enfermera no puede acceder a la historia clínica de la persona.

Así, sin una autorización expresa —que deberá ponerse en conocimiento de la unidad de archivo correspondiente o del departamento que se determine en cada institución—, la enfermera no podrá acceder libremente sin autorización expresa a la historia clínica de sus familiares (pareja, padres, hijos, hermanos y otros), de sus allegados, de sus amistades ni de sus compañeros de trabajo. Si lo hace, puede incurrir en responsabilidad tanto disciplinaria como penal.

Volvemos a insistir en que el acceso no autorizado a la historia clínica es un claro supuesto de falta de respeto hacia el derecho a la confidencialidad de los datos sanitarios y la intimidad de las personas y, al mismo tiempo, una vulneración de nuestro deber de secreto profesional.

Además, tal y como se indica expresamente en las leyes reguladoras, no podemos compartir la información contenida en la historia clínica con terceras personas que, al mismo tiempo, no estén directamente implicadas en su asistencia sanitaria.

El acceso de la enfermera a la historia clínica electrónica

La historia clínica informatizada nos permite acceder a la misma —o debería permitirlo—, con independencia del lugar donde nos encontremos, para poder garantizar una continuidad asistencial a la persona a la que atendemos.

Así, a nivel catalán, el sistema de historia clínica compartida (HC3)⁵ debe permitir acceder a la historia clínica de cualquier ciudadano, sea cual sea el lugar y el nivel asistencial donde le estemos atendiendo (la atención primaria, el hospital o el centro sociosanitario).

A nivel estatal, se recoge la posibilidad de acceso a la historia clínica a la Orden SSI 81/2017, a la que se hace referencia más específica a los siguientes apartados:

"7.4 Acceso a la Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS).

7.4.1 El sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) permite acceder a determinados documentos clínicos, generados en cualquier Servicio de Salud del SNS (Sistema Nacional de Salud), garantizando que puedan ser consultados cuando los ciudadanos requieran atención sanitaria en sus desplazamientos por el territorio nacional.

7.4.2 El acceso ha de realizarse con fines exclusivamente asistenciales, pudiendo acceder al sistema los profesionales sanitarios con funciones asistenciales que hayan sido previamente autorizados por su servicio de salud."

A pesar de esta facilidad de acceso, es necesario cumplir determinados requisitos para poder acceder a la historia clínica, especialmente a la historia clínica informatizada, para garantizar que sólo lo hagan las personas autorizadas, como la enfermera que está atendiendo directamente a un enfermo.

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales⁶, que desarrolla a nivel español el Reglamento (UE) 2016/679⁷, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, en lo referente a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), lo regula expresamente y dedica, entre otros, su disposición adicional 17^a, en referencia expresa a los datos relacionados con la salud y la información genética.

De acuerdo con estas normas, los datos relativos a la salud son considerados “sensibles”, por lo que para acceder a los mismos se debe utilizar un código de identidad personal intransferible (contraseña), acceder exclusivamente a la historia clínica de la persona a la que estamos atendiendo en un determinado proceso asistencial, y cerrar la sesión cuando finalice la atención.

La institución sanitaria debe guardar durante dos años una relación de todos los accesos que se han realizado a una historia clínica informatizada. Hay que tener en cuenta que:

- La enfermera deberá justificar los accesos que haya realizado un tercero al que le haya dado su clave de acceso. En ningún caso servirá como justificación de que este tercero no recordaba sus credenciales o que todavía no disponía de las propias.
- La enfermera también deberá dar explicaciones por el acceso por parte de terceras personas a la información contenida en el programa de gestión de historias clínicas por no haber cerrado su sesión.

Cabe recordar que el acceso injustificado puede comportar responsabilidades personales y profesionales para la enfermera que ha realizado estas actuaciones.

¿Qué no puede hacer la enfermera al acceder a la historia clínica electrónica?

Las leyes 21/2000 y 41/2002 hacen referencia a la obligación de guardar secreto profesional por parte de la enfermera en relación con los datos a los que tiene acceso cuando da asistencia sanitaria al enfermo.

Esta obligación genérica puede concretarse en ciertos supuestos que se recogen en otras normas relativas al derecho a la intimidad de la persona atendida, como es la Orden SSI 81/2017, de 19 de enero, que aprueba el Protocolo que determina pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por parte de los alumnos y residentes en ciencias de la salud.

La enfermera también debe tener en cuenta esta disposición y respetarla, aunque, cuando accede a la historia clínica de una persona, no tenga la consideración, a efectos de esta norma, de alumno –no está, por ejemplo, realizando un máster en Enfermería cuando accede a la historia clínica– ni es residente en ciencias de la salud –por ejemplo,

en la especialidad de salud mental. Así, a lo largo de su regulación, la Orden citada hace referencia a que:

“4.8 Las instituciones sanitarias deberán informar [...] sobre las medidas de protección de datos de carácter personal cuando se usen dispositivos electrónicos (portátiles, memorias USB etc.). En ningún caso se podrá compartir esta información utilizando sistemas de información y/o herramientas informáticas/redes sociales, que no se encuentren sujetos a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.”

De esta forma, la enfermera no puede copiar la historia clínica del enfermo en su ordenador personal, ni en un lápiz de memoria ni en otros sistemas de almacenamiento de información. Tampoco puede difundir los datos a los que ha tenido acceso por otras vías que no sean las propias de la institución a la que da servicio y siguiendo las indicaciones de la misma al respecto –haciendo siempre uso de su correo electrónico personal corporativo. En el caso de la enfermera que trabaja por cuenta propia, debería consultarse a la Autoridad Catalana de Protección de Datos⁸.

Nos lo indica en otros términos el *Código de Ética para las Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras* de 2021:

“1.4 Las enfermeras mantienen confidencial toda información personal de los pacientes y respetan la privacidad, confidencialidad e intereses de los pacientes en la recopilación de datos e información, su uso, acceso, transmisión, almacenamiento y revelación legítimos, según la legislación vigente.”

“1.5 Las enfermeras respetan la privacidad y confidencialidad de los colegas y personas que requieren cuidados y defienden la integridad de la profesión enfermera en todos los medios de comunicación, en particular en las redes sociales.”

El mismo Código define las redes sociales de la manera siguiente:

“Redes sociales Término paraguas utilizado para describir la interacción a través de herramientas basadas en la tecnología; muchas de ellas son en línea, como foros de internet, blogs y redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram y LinkedIn por poner algunos ejemplos [...].”

También el *Código de Ética* de las enfermeras catalán nos dice al respecto:

“51. La enfermera se asegura de que todos los datos registrados de la persona atendida queden bien protegidos, y vela por que en el uso de los registros y de las comunicaciones en formato papel, digital o audiovisual no se vulnere la confidencialidad.”

Así, en ningún momento compartiremos información relativa a las personas atendidas por ninguna vía que no sea la oficial propia de la institución en la que ofrecemos nuestros servicios profesionales. Asimismo, el receptor de estas debe tener vías de comunicación acreditadas, como una dirección de correo corporativo. No haremos pues comentarios, ni enviaremos información ni fotografías relativas a las personas atendidas ni por Whatsapp, Instagram, Facebook o cualquier otra red social.

Siguiendo con lo establecido en la Orden SSI 81/2017:

“7.2.3 Solo se podrán utilizar aquellos datos de la historia clínica relacionados con los fines de la investigación sin revelar características, hechos o circunstancias que permitan identificar a los pacientes que participen en el estudio/investigación de que se trate. Cuando sea necesaria la publicación o exhibición de imágenes médicas o cualquier otro soporte audiovisual que muestren partes del cuerpo de las que pueda deducirse la identidad del paciente, se requerirá el consentimiento escrito de éste [...].”

La Orden hace referencia expresa al acceso a la historia clínica con fines investigadores. La enfermera deberá respetar sus prescripciones para con la publicación o exhibición de imágenes que muestren cualquier parte del cuerpo de la persona atendida.

“8.2 [...] El deber de confidencialidad afecta no solo a «datos íntimos» (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento.

El deber de confidencialidad/secreto no solo se refiere a los datos contenidos en la historia clínica del paciente sino también a los que se ha tenido acceso mediante comunicación verbal, grabaciones, videos, así como a los contenidos en cualquier tipo de archivo informático, electrónico, telemático o registro público o privado, incluidos los referidos al grado de discapacidad e información genética.

El deber de secreto se entiende sin perjuicio de los supuestos legales en los que su mantenimiento implique riesgo para la vida del afectado o de terceros o perjuicio para la Salud Pública, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de los responsables asistenciales del correspondiente servicio/unidad asistencial para que se actúe en consecuencia [...].”

Tal y como puede verse, la Orden recuerda la obligación de respetar el derecho a la confidencialidad de los datos de la persona atendida a los que tenemos acceso, especificando algunos de los aspectos a los que hace referencia, derecho que, en el caso de la enfermera, deviene obligación de guardar el secreto profesional.

Derecho a la confidencialidad de la persona atendida, deber de secreto profesional, que la enfermera debe tener en consideración en el momento de tratar los datos a los que accede teniendo presente lo que nos dice el *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña*:

“49. La enfermera, al compartir información con otros miembros del equipo de salud, se asegura de que sólo será materia de comunicación lo que pueda generar un beneficio para la persona atendida, y vela por que no se vulnere el secreto compartido.”

“50. La enfermera tiene la obligación de exigir la máxima discreción a quienes forman parte del proceso asistencial, tanto si son profesionales de la salud como si no lo son, y de velar por que no se divulgue ninguna información de la persona atendida.”

Los derechos de la persona atendida hacia su historia clínica

La persona atendida tiene reconocidos, tanto por los códigos éticos de nuestra profesión como por la normativa legal, derechos relacionados con la información recogida en su historia clínica.

El Código de Ética para las enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras nos dice:

“2.9 Las enfermeras mantienen el derecho de las personas a dar y retirar su consentimiento a acceder a su información personal, de salud y genética. Protegen el uso, la privacidad y la confidencialidad de los datos, y la información genética y las tecnologías relativas al genoma humano.”

El Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña indica, en relación con esta cuestión:

“31. La enfermera reconoce a la persona atendida como propietaria y gestora de sus datos de salud y, por tanto, le facilita la información necesaria, de forma comprensible, buscando la colaboración de los miembros del equipo de salud, en su caso.”

“35. La enfermera respeta tanto la voluntad de la persona atendida a no ser informada como a decidir con quién quiere compartir la información y el grado de información que quiere compartir.”

“47. La enfermera mantiene como confidencial toda la información que la persona atendida le haya confiado o que obtenga en el ejercicio de la profesión. Actúa con discreción, tanto dentro como fuera del ámbito profesional, a fin de no desvelar datos sobre la persona atendida, directa o indirectamente.”

“48. La enfermera mantiene la confidencialidad más allá de la finalización del proceso asistencial, incluso después de la muerte de la persona atendida.”

“53. La enfermera advierte a la persona que consulta o divulga información confidencial de forma inapropiada y emprende las medidas oportunas de acuerdo con la gravedad de la situación.”

“54. La enfermera defiende el ejercicio del derecho de las personas a acceder a su historia clínica y a tener copia de esta.”

“55. La enfermera facilita los informes sobre el proceso de cuidados enfermeros siempre que lo solicite la persona atendida, o bien cuando sea necesario para la comunicación entre profesionales o instituciones a fin de continuar el proceso terapéutico, de acuerdo con las normas de confidencialidad.”

El derecho de acceso a la historia clínica por parte del enfermo o la persona a quien éste autorice se encuentra expresamente regulado por la Ley 21/2000:

“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 [...] 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 éstos que figuran en la mencionada documentación, ni del derecho de los profesionales que han intervenido en la elaboración de esta, 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 acreditado.

Hay que tener en cuenta lo que establece la disposición adicional de la Ley 16/2010⁹, de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

“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. Esta custodia debe permitir la recogida, la recuperación, la integración y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad [...].”

Por su parte, el artículo 18 de la Ley 41/2002, sobre los derechos de acceso a la historia clínica, nos dice al respecto:

1. 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.
2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente 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. [...] 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.”

Por otra parte, también hay que tener en cuenta lo que dispone la *Carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria*¹⁰ del Departamento de Salud, de 2015, que reconoce derechos y deberes en relación con la “información sanitaria, documentación clínica y tecnologías de la información y la comunicación”, en su apartado 6. Estos derechos son:

- A la titularidad de la información sanitaria.
- De la persona, a que su historia clínica sea integrada y completa y que recoja toda la información necesaria sobre su estado de salud, y de las actuaciones clínicas y sanitarias de los distintos episodios asistenciales.
- A la gestión de los datos referentes a su persona obtenidos en la atención sanitaria.
- De la persona, en referencia a la seguridad de los datos relativos a su salud.
- A la anonimización de los datos de salud.
- A la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación para acceder al sistema sanitario de forma segura.
- A recibir asesoramiento relativo a la información disponible en la red.

- A disponer de información escrita sobre el proceso asistencial y el estado de salud.

Los deberes de los ciudadanos relacionados con esta cuestión, recogidos en la Carta, son los siguientes:

- De facilitar información veraz sobre sus datos.
- De hacer un uso responsable de las nuevas tecnologías en relación con la salud y el sistema sanitario.
- De acreditar y notificar cambios en la representación legal de otras personas.

Cuestiones que la enfermera debe tener presente cuando accede a la historia clínica

Cuando accede a la historia clínica de una persona, la enfermera debe recordar en todo momento que:

- Sólo puede acceder a la historia clínica de la persona a la que presta atención.
- No puede acceder sin autorización previa de la persona interesada, siguiendo las indicaciones de la institución en la que ejerce, a la historia clínica de sus familiares, allegados, amigos, conocidos o compañeros de trabajo.
- Para acceder a la historia clínica informatizada, la enfermera:
 - Debe hacer uso de su clave de acceso personal.
 - No debe ceder a nadie su clave de acceso.
- Al finalizar sus actuaciones, que refleja en la historia clínica, debe cerrar la sesión.
- Debe respetar el derecho a la confidencialidad de los datos de la persona atendida, conocidos al acceder a su historia clínica, compartiéndolos sólo con las personas que le dan atención, manteniendo el secreto compartido.
- Debe comunicar sólo datos relacionados con la historia clínica de la persona, siguiendo las indicaciones y los medios que indica la institución donde presta sus servicios.
- No debe realizar copias para uso personal de la historia clínica.
- Cuando obtiene imágenes o registros iconográficos de la historia clínica, debe respetar el procedimiento establecido por la normativa reguladora.
- Debe reconocer el derecho de la persona atendida a acceder a su historia clínica y seguir el procedimiento establecido por la institución donde trabaja.
- Debe reconocer el derecho de la persona atendida a obtener copia de su historia clínica, para sí misma o para terceras personas, de acuerdo con la normativa vigente y seguir el procedimiento establecido por la institución sanitaria donde trabaje.

Este documento de la Comisión Deontológica quiere ser una herramienta de ayuda para que las enfermeras conozcan las características de la historia clínica y sus derechos y deberes en relación con el acceso a la misma.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Consultado 20220508. Disponible en <https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2013-Codi-d%C3%88tica-de-les-infermeres-i-infermers-de-Catalunya..pdf>

² Llei 21/2000, del 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 3303 (11 de enero 2001). [citado 9 de mayo 2022] Disponible en <https://www.parlament.cat/document/nom/TL%202012Con.pdf>

³ 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. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 274 (15 de noviembre 2002) [citado 15 de maig 2022]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

⁴ Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 31 (6 de noviembre 2017) [citado 11 de maig 2022]. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2017/02/06/pdfs/BOE-A-2017-1200.pdf>

⁵ CatSalut. Història Clínica Compartida a Catalunya. Página web. Consultada 20220511. Disponible en https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/tic/sistemes-informacio/gestio-assistencial/hc3/index.html

⁶ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 294 (6 de diciembre 2018) [citado 12 de maig 2022]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>

⁷ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea, núm. L 199/1 (4 de mayo 2016) [citado 10 de mayo 2022]. Disponible en <https://www.boe.es/DOUE/2016/119/L00001-00088.pdf>

⁸ Autoridad Catalana de Protección de Datos, que vela por garantizar el derecho a la protección de datos personales, en el ámbito de catalán. También informa sobre los derechos en esta materia, cómo se ejercen y qué hacer si no se respetan, asesorando sobre las obligaciones previstas en la legislación. Página web. Consultado 20220511. Disponible en <https://apdcat.gencat.cat/ca/autoritat/bienvenida-de-la-directora/>

⁹ Esta disposición adicional indica:

Parte final de la Ley 16/2010 Disposición adicional.

Historia clínica compartida

El departamento competente en materia de salud debe garantizar la existencia, en el plazo de cuatro años desde la entrada en vigor de la presente ley, de una historia clínica compartida, a la que deben poder acceder los profesionales del sistema sanitario catalán, y también cada paciente cuando se trate de su documentación médica personal.”

¹⁰ *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària.* Hay que tener presente que la propia Carta indica en su Preámbulo que “La Carta no es un documento con rango legal. En este sentido, la Carta contiene derechos y deberes que sí están regulados por disposiciones legales, así como otros que no lo están, y que se han incorporado con la ambición de orientar, en algunos casos,

futuros despliegues legislativos . Sin embargo, en ningún caso la Carta contiene derechos y deberes que contradigan alguna disposición legal.

Asimismo, concreta que el derecho de la ciudadanía de acceder a su propia historia clínica puede ejercerlo por sí misma al cumplir 14 años. Consultado 20220510. Disponible en
<https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/drets-deures/carta-drets-deures.pdf>