

La historia clínica en la Sanidad Penitenciaria

A Martínez*, B Martínez**, R Hinojal***

* Servicios Médicos. Centro Penitenciario de Villabona (Asturias)

** Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Zaragoza

*** Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Oviedo

RESUMEN

Los cambios experimentados por la historia clínica penitenciaria, son un reflejo de la mejora sustancial que ha sufrido la propia sanidad penitenciaria desde 1989. Detallamos el contenido de la historia clínica, similar al que tiene en cualquier otra institución sanitaria, pero con algunas particularidades propias del medio carcelario.

En este trabajo se analizan distintos aspectos médicos y legales de este documento, como son el derecho de propiedad intelectual, el secreto profesional y la custodia por la institución penitenciaria. Resaltamos la unidad de la historia clínica para cada interno y el traslado de la misma junto con el propio recluso por las diversas prisiones del país.

Nos referimos también al acceso de personas e instituciones al contenido de la historia clínica, así como a la informatización de la misma en el ámbito penitenciario y a su regulación legal en España.

Palabras clave: Historia Clínica. Pirisón. Jurisprudencia.

THE CLINICAL HISTORY IN THE PENITENTIARY SANITY

ABSTRACT

The changes experienced by the penitentiary clinical history, are a reflection of the substantial improvement that has suffered the penitentiary sanity from 1989. We detail the content of the clinical history, similar to the one that has in any other sanitary institution, but with some particularities characteristic of the prison means.

Different medical and legal aspects of this document are analyzed, like they are the right of intellectual property, the professional secret and the custody for the penitentiary institution. We stand out the unit of the clinical history for each intern and the transfer of the same one together with the own prisoner for the diverse prisons of the country.

We also refer to the access of people and institutions to the content of the clinical history, as well as the computer science use for the sanitary data in the penitentiary environment and to their legal regulation in Spain.

Key words: Medical Records. Prison. Jurisprudence.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento asistencial en el que quedan reflejados los datos obtenidos sobre la enfermedad de un paciente como resultado de la relación médico-enfermo¹.

En el Código de Ética y Deontología Médica de 1999, se señala en su art. 13.1 que: “*Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica*”. Añadiendo además ese mismo art. 13.1 que: “*...El médico tiene el deber y el derecho de redactarla*”.

También en una clara alusión a la historia clínica, la Ley General de Sanidad (LGS) en su art. 10.11 destaca el derecho de los pacientes: “*A que quede constancia por escrito de todo su proceso...*”.

La redacción de este documento debe llevarse a cabo preservando dos derechos primordiales según se aprecia en la figura I, siendo también necesario que exista un lugar donde se va a conservar y custodiar¹. La propiedad de la historia clínica es compartida por el médico, por el paciente y por la institución:

1. El derecho de propiedad intelectual corresponde al médico o equipo médico que la elabora, ya que no consiste exclusivamente en una mera transcripción de datos, sino que refleja una elaboración, ordenación y construcción intelectual según los conocimientos científicos de estos facultativos. Esto se podría asimilar al “derecho de autor” y por tanto protegido por la Ley de Propiedad Intelectual.
2. El paciente tiene derecho a la intimidad, lo que supone que la información reflejada en la historia clínica sea “secreta”. Para Hinojal en la historia clínica quedan reseñadas confidencias que el paciente relata al médico y que pueden ayudar a comprender mejor la evolución de la enfermedad²⁻³. Se considera que el primero es propietario de los datos clínicos que este documento contiene.
3. La historia clínica, como documento físico, deberá ser conservada y custodiada en la institución correspondiente, según indica el art. 13.2 del Código de Ética y Deontología Médica, correspondiendo en este caso a la Institución Penitenciaria. La administración es por tanto propietaria y depositaria de las historias clínicas.

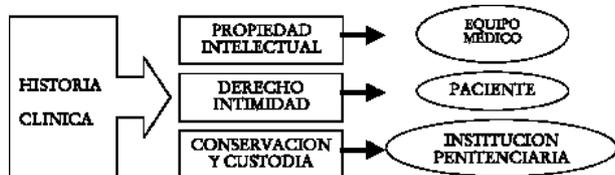


Figura I. Aspectos legales de la historia clínica penitenciaria.

CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Hasta el año 1989, los médicos de cada prisión realizaban su propia historia clínica que quedaba en el propio centro penitenciario. El traslado de un interno de una prisión a otra, se acompañaba de un corto informe en el que se hacía referencia a la ausencia de inconveniente sanitario para su conducción o traslado. En el nuevo centro se procedía a realizar una nueva historia clínica y en algunos casos podía solicitarse a la prisión de origen que le fueran remitidas copias de algún informe u analítica concretos.

Con la reforma sanitaria penitenciaria iniciada en ese mismo año en la que se modifican los horarios de trabajo, se aumentan plantillas de profesionales sanitarios y se instauran programas sanitarios; también se realiza un cambio en relación con la historia clínica. A partir de este momento, este documento sanitario va a

ser único para todos los establecimientos penitenciarios del país. Se abre una historia en el centro donde una persona ingresa por vez primera y viajará acompañándole por las prisiones a las que vaya escribiéndose el curso clínico en ese mismo documento, quedando custodiado en el último centro por el que pase el sujeto⁴. El traslado de la documentación sanitaria de una prisión a otra, se remitirá en sobre cerrado identificado como “información confidencial sanitaria” y dirigida a los servicios médicos del centro de destino⁵.

Las ventajas que otorga una historia clínica única para toda la institución penitenciaria, con independencia del centro penitenciario, son claras. Se evita la duplicidad de documentos y la reiteración de trabajo ya realizado en otros establecimientos, facilitándose un mejor seguimiento del paciente. Sin embargo, dado la gran cantidad de documentos que se desplazan con los internos y el paso por numerosas prisiones, puede ocasionar a veces la pérdida de alguna historia, parte de la misma o que algún informe acabe en la carpeta de un interno al que no le corresponde. Sin embargo, las ventajas superan estos inconvenientes.

1. Historia clínica de ingreso o de primer contacto con el paciente:

Centro penitenciario.
Filiación del paciente/interno penitenciario.
Anamnesis.
Exploración.
Pruebas complementarias.
Diagnóstico y primer tratamiento si procede.

2. Hojas de seguimiento fechadas:

Seguimiento médico.
Seguimiento de enfermería.

3. Otros documentos:

Gráficos de temperatura, tensión arterial, etc.
Resultados de analíticas y otras exploraciones complementarias.
Informes de especialistas consultores, de intervenciones quirúrgicas, etc.
Informes de tipo legal contestando a juzgados, seguimiento de huelgas de hambre, partes de lesiones, solicitudes de libertad por enfermedad (art. 196.2 R.P.), etc.

Tabla I. Contenido de la historia clínica en sanidad penitenciaria.

Según se aprecia en la tabla I, la historia clínica que es única y con formato estándar para todos los centros penitenciarios, recoge los mismos apartados que

otros documentos sanitarios similares de cualquier centro de salud, pero con algunas características diferenciales debido al medio en el que se desarrolla esta asistencia sanitaria:

1. Se realiza la apertura de la historia clínica en el establecimiento penitenciario que ingresa por primera vez un sujeto, haciendo constar la denominación de esa prisión, la fecha, filiación, fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, profesión, teléfono familiar de contacto en caso necesario y grupo étnico que ha sido suprimido recientemente por sus connotaciones discriminatorias socio-políticas, que no sanitarias, ya que como se sabe la raza/etnia desempeña un importante papel en la expresión de la enfermedad⁶.
2. La anamnesis constituye el pilar de la historia clínica que sustenta la exploración, la solicitud de pruebas complementarias y la elaboración de una impresión diagnóstica con el consiguiente tratamiento⁷. Por otra parte, le brinda al médico la oportunidad de establecer o reforzar el vínculo que es la base de la relación médico-paciente⁶:
 - a) En el apartado de antecedentes personales se recogen las alergias conocidas a medicamentos, las patologías que refiere el entrevistado, así como los antecedentes quirúrgicos, de hospitalización o accidentes. También se registran los consumos de tabaco, alcohol y otras drogas indicando la sustancia, dosis, vía de consumo, tratamientos para dejar ese consumo, etc. Se recogen las vacunaciones, con especial interés la antitetánica y la antihepatitis B, así como si ha padecido venéreas, hepatitis, VIH o si presenta tatuajes. Otro dato de interés es la conducta sexual, especificando si es homo, hetero o bisexual y si utiliza o no preservativos en sus relaciones sexuales.
 - b) Entre los antecedentes familiares son de interés las afecciones sufridas por padres, hermanos o hijos. Se suele preguntar por antecedentes de diabetes, hipertensión, epilepsia y por los motivos de defunción si ésta se ha producido.
 - c) La anamnesis dirigida por aparatos, hace especial hincapié en la existencia de patología psiquiátrica, intentando averiguar si en este primer ingreso existe depresión y si puede haber riesgo de conducta suicida.
 - d) La exploración física con registro de tensión arterial, pulso, peso y talla. Se describe el estado general y se constatan los signos encontrados en la exploración. Caso de existir lesiones en este ingreso además de reseñarlas en la his-

toria, deberá emitirse un parte de lesiones dirigido al Juez de Guardia.

3. Como pruebas complementarias al ingreso, se suelen solicitar serologías para VIH, para lúes y para hepatitis B y C. También es útil la petición de una bioquímica y un hemograma. Si se cree oportuno se podrá realizar un PPD (prueba de Mantoux) o bien programarlo junto con las vacunaciones para posteriores consultas médicas.
4. Juicio clínico. Se dejará reflejado si el sujeto se encuentra bien o si presenta algún diagnóstico de interés que sea necesario tratar de forma inmediata o en posteriores consultas.
5. Se detallará el primer tratamiento prescrito y su duración.

En la historia clínica encontramos además las hojas de seguimiento clínico por el médico y por el personal de enfermería.

Estas hojas deben ir numeradas y encabezadas con el nombre del interno, así como el centro penitenciario en el que se realiza la asistencia. Cada vez que el paciente sea atendido, deberá ponerse la fecha en el lugar reservado al margen izquierdo, se dejará reflejado el motivo de asistencia, datos de la anamnesis y/o exploración, impresión diagnóstica y tratamiento dispensado.

La letra será legible y no se abusará de las siglas, dado que esta historia va a ser utilizada por otros sanitarios de cualquier prisión del país. Es importante la identificación del profesional que realiza cada acto sanitario reflejado en la misma. Aunque en un mismo centro no es difícil, ya que todo el mundo conoce los rasgos de escritura de sus compañeros, sí resulta una buena práctica firmar al final de cada acto médico o de enfermería.

6. En las historias clínicas se deja constancia de:

- Gráficos de constantes, temperatura, tensión arterial, peso, glucemia, etc.
- Resultados de analíticas de sangre, de orina y de otras exploraciones complementarias.
- Informes remitidos por especialistas por consultas solicitadas o informes médicos anteriores proporcionados por el interno.
- Informes solicitados por juzgados, partes de lesiones, solicitudes de libertad por enfermedad incurable en virtud del art. 196.2 del Reglamento Penitenciario (R P).
- Hojas de seguimiento de programas: Programa de mantenimiento con metadona, programa de tuberculosis, programa de prevención de suicidios, etc.

— Cuando sea necesario un consentimiento informado para alguna actuación médica, éste deberá quedar archivado en la historia. No obstante se deberá reflejar o quedará claro ante la lectura de la historia, que el paciente es informado y admite o rechaza el tratamiento prescrito, así como las negativas a ser ingresado en la enfermería del establecimiento. Si un paciente se niega a recibir tratamiento y también se niega a firmar su consentimiento, esto se dejara documentado en la historia acompañado de firmas de testigos, que pueden ser otros sanitarios, funcionarios de vigilancia u otros reclusos. Cuando se realice un ingreso o un tratamiento en contra de la voluntad del paciente, ya sea por enfermedad mental o enfermedad infectocontagiosa (TBC), se detallará también en la hoja de evolución, junto con la notificación judicial correspondiente⁸.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Pensamos que la historia clínica debe de reunir las características que ha señalado recientemente Criado del Río⁹:

1. Debe ser completa. Para ello, se reflejarán todos los actos médicos realizados con el paciente. Debe quedar constancia de los datos obtenidos por anamnesis, exploración o pruebas complementarias, así como la impresión diagnóstica y el tratamiento, u otros detalles útiles de cara a la asistencia del paciente. Deberá quedar el consentimiento informado si fuera necesario y cualquier otro documento médico de carácter legal.
2. La historia debe estar ordenada y actualizada. Los actos médicos y de enfermería deben estar fechados y debe poderse identificar al profesional responsable.
3. Deberá ser inteligible, evitando los símbolos y abreviaturas.
4. Será respetuosa con el enfermo, con otros colegas y con la institución.
5. El médico puede realizar rectificaciones y aclaraciones en la historia para completarla en beneficio del paciente, siempre que no altere la evolución o se intente tapar un error¹⁰.
6. Deberá ser veraz. En este punto conviene recordar que estamos hablando de un documento público y que la falsedad en los mismos está penada expresamente en el código penal.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Hay que tener en cuenta que este documento sanitario está sujeto al secreto médico y protegido por la legislación vigente²⁻³:

1. Por la Constitución española en su art. 24.2 sobre el secreto profesional y el art. 18 sobre el derecho a la intimidad de las personas.
2. El Código Penal considera la historia clínica como un documento y así en su capítulo IV trata de la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos. Tiene previstos en los artículos 413 al 418 penas de prisión, de multa e inhabilitación para aquellas autoridades y funcionarios que sustraigan, destruyan, inutilicen u oculten documentos que tengan encomendados.
3. Por el Código de Ética y Deontología Médica en su art. 13 y en su capítulo IV sobre el secreto profesional del médico, el cual obliga y se hace extensivo a todos los profesionales sanitarios y administrativos adscritos que tengan que acceder a la historia clínica.
4. El art. 61 de la LGS señala que la historia clínica "... Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo...", añadiendo respecto a la confidencialidad "... el deber de guardar secreto por quien en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica...".
5. Por el Reglamento Penitenciario, aprobado por Real Decreto 190/1996, al indicar en su art. 214 que se abrirá historia clínica a todos los internos en el primer ingreso en un centro penitenciario. Además en el art. 215.1 de la misma ley, se señala que los datos integrados en la historia clínica tendrán carácter confidencial.

De acuerdo con la legislación vigente, las historias clínicas pueden, por tanto, ser utilizadas con los siguientes fines:

1. En primer lugar para mejorar la salud y la asistencia del propio paciente, siguiendo el espíritu del art. 13.4 del actual Código Deontológico.
2. Con una finalidad investigadora y docente según la Ley General de Sanidad (LGS) en su art. 61 y en el marco señalado por sus arts. 106 a 110 referidos al fomento de la investigación, así como lo indicado por el art. 211 del Reglamento Penitenciario y el art. 13.5 del Código Deontológico.
3. Para facilitar una inspección médica cuando sea preciso, según el art. 61 de la LGS.

4. Como prueba documental de una investigación judicial. El Código de Ética y Deontología Médica, en su art. 16.1, refiere que el secreto médico podrá revelarse, entre otros, por imperativo legal. La historia clínica puede tener una gran importancia, ya sea para atestiguar circunstancias del proceso judicial, como indicio o incluso como cuerpo del delito si este documento ha sido falseado, manipulado o alterado¹¹.
5. La historia clínica estará a disposición del paciente, si bien para algunos autores existen limitaciones objetivas de cara a un libre acceso por parte del paciente¹²⁻¹³:
 - a) Por las dificultades para una exacta comprensión del contenido de la historia, ya que el desconocimiento de la terminología médica puede dar lugar a errores que perjudiquen al paciente.
 - b) En ocasiones la información debe facilitarse al paciente con tacto, como es el caso de enfermedades incurables (SIDA, cáncer, etc.) para no perjudicar la evolución del proceso.
 - c) En la historia clínica se suelen incluir datos del paciente conocidos por otras personas y que se hacen dentro de las condiciones del secreto profesional.
 - d) También se transcriben comentarios sobre reacciones del paciente o su evolución que pueden ser útiles en la valoración global del enfermo, pero que no se incluirían si se sabe que el paciente va a tener acceso a los mismos.
 - e) En el contexto de la sanidad penitenciaria hay autores que tampoco son partidarios de entregar la historia clínica completa a petición del paciente, sino que habría que eliminar aquellos datos subjetivos que estén contenidos en la misma⁵.

En cualquier caso, el RP en el art. 215 indica que: *“Los internos tendrán, en cualquier caso, derecho a ser informados de forma clara y comprensible sobre todo lo referente a su estado de salud, así como a la expedición de los informes que soliciten”*.

De lo anteriormente expuesto y a pesar de existir antecedentes jurídicos que permiten el acceso del paciente a su historia clínica, conviene tener en cuenta, según indica Barcia, que es más interesante que el paciente tenga acceso a una correcta información que al documento propiamente dicho¹⁴.

Cualquier solicitud de una parte, de la totalidad de la historia clínica o de un informe que contenga datos sanitarios procedentes de este documento, deberá ser remitida y autorizada por la dirección del centro penitenciario.

INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la práctica, la informatización de este documento ofrece muchas ventajas, tanto en el terreno de la asistencia médica, la gestión y reducción del gasto sanitario como en el campo de la investigación y la docencia⁹. Presenta, no obstante, el inconveniente de poner en peligro el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo. Aunque este problema se puede solventar utilizando un control del acceso a determinados datos exclusivamente por personal autorizado mediante claves de acceso.

El Código de Ética y Deontología Médica en su art. 17.1 señala que: *“Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad”*. Al mismo tiempo pone los bancos de datos extraídos de las historias clínicas bajo la responsabilidad de un médico en su art. 17.3.

La LGS no hace ninguna referencia a la informatización de este documento sanitario y la legislación penitenciaria en el art. 6 del RP limita el uso de la informática penitenciaria supeditándolo en su punto 2 al tratamiento de estos datos en la Ley Orgánica 5/1992; y en su punto 3 a las garantías sobre la seguridad de esos datos. Por otro lado, el art. 7 del RP indica que los datos informáticos del interno podrán ser cedidos sin su consentimiento a otras administraciones públicas, Seguridad Social, al Defensor del Pueblo, Comunidades Autónomas, Jueces y Fiscales. Respecto a la cesión de los datos relativos a la salud, se realizará por motivos de urgencia o para realizar estudios epidemiológicos. Por último, el RP en su art. 8 considera los datos sanitarios dentro del grupo de datos especialmente protegidos.

El acceso a los datos contenidos en las historias clínicas informatizadas, deberá seguir los criterios establecidos en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación automatizado de los datos de carácter personal (LORTAD). En esta ley, los datos relativos a la salud de las personas se consideran como datos especialmente protegidos según el art. 7.3. Esta ley ha sido desarrollada por el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, aprobado por Real Decreto 994/1999. En este se indica que los datos de la historia clínica informatizada deben salvaguardarse mediante las medidas de seguridad dispuestas en los niveles básico, medio y alto. Quedan regulados también el personal responsable de estos ficheros, la identificación de los usuarios, el control de acceso a los ficheros, la gestión de los soportes informáticos, la realización de copias, la transmisión

de datos por redes de telecomunicaciones y las auditorias⁹.

La Ley Orgánica 15/1999, sobre protección de datos de carácter personal, permite en su art. 8 que los datos relativos a la salud puedan ser tratados por los centros sanitarios públicos o privados, de acuerdo con lo dispuesto por la legislación estatal o autonómica. También permite según el art. 11 que estos datos puedan ser comunicados a un tercero para cumplir funciones legítimas, pero con el consentimiento del interesado.

Con el fin de lograr esa deseada informatización en el ámbito de la sanidad penitenciaria, se ha desarrollado y distribuido un programa informático sanitario denominado "Sanit 3.0" en las prisiones dependientes de la Administración Central del Estado. Este ha sido elaborado por un médico en activo de la institución, lo que hace que su adaptación al trabajo cotidiano sea buena. Si bien, la experiencia de su utilización está demostrando algunos aspectos en los que es susceptible de ser mejorado. Este programa no se encuentra centralizado, sino que su uso es independiente para cada centro penitenciario, permitiendo el acceso a datos sanitarios de internos-pacientes que están o han estado en una prisión concreta. Por otro lado, el acceso al mismo está dotado de los mecanismos de seguridad exigidos por las leyes anteriormente enumeradas, de tal forma que para su utilización los profesionales deben de introducir una serie de claves.

Por último y con el fin de valorar si el contenido de las historias clínicas es uniforme de criterio y se cumple lo que marca el RP sería interesante la creación de una comisión de historias clínicas penitenciarias, similar a la existente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Esta iniciativa es importante en aras de conseguir ese objetivo de calidad en la elaboración y el uso de las historias clínicas en el ámbito de la sanidad penitenciaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert Calabuig JA, Castellano Arroyo M. El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. En: Gisbert Calabuig JA, Castellano Arroyo M. Medicina Legal y Toxicología. 5ª edic. Masson S.A. Barcelona, 1998.
2. Hinojal Fonseca R. Daño corporal: Fundamentos y métodos de valoración médica. Oviedo: Arcano. 1996.

3. Hinojal Fonseca R. Manual de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría Forense. Tomo I. Oviedo: Sociedad Asturiana de Estudios y Formación Interdisciplinar en Salud. 1997.
4. Nuevos modelos de documentación sanitaria. Circulación de la información sanitaria. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid: Ministerio de Justicia. 1989.
5. Vegue M, Álvaro E. El secreto médico en Instituciones Penitenciarias. Rev Esp Sanid Penit 2001; 3: 22-29.
6. Harrison TR. y col. Principios de Medicina Interna. 14ª edic. vol I. Madrid: McGraw Hill. 2000.
7. Cabrera Forneiro J. Fuertes Rocañín JC. Psiquiatría y Derecho: dos ciencias obligadas a entenderse. Madrid: Cauce editorial. 1977.
8. Martínez-Cordero A. Perfil patológico del interno ingresado en la enfermería de un centro penitenciario. Rev Esp Sanid Penit 2000; 2: 41-47.
9. Criado del Río MT, Seoane J. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Madrid: Edit. Colex 1999.
10. López Muñoz Larraz G. Historias clínico-hospitalarias y confidencialidad. Defensas en Negligencias Médicas. Edit. Dykinson, 1991.
11. Bandrés F. Cuestiones médico-legales en la investigación analítica de drogas de abuso. Marcadores de alcoholdependencia. En: Cabrera Forneiro J. et al. Medicina Legal en Drogodependencias. Madrid: Edic. Harcourt S.A. 1999.
12. Luna A, Osuna E. Problemas procesales en la historia clínica. Med Clin 1986; 17.
13. Hirsh HL, Rosenfeld J, Taffet GA, Pasarellit J. Physician Medical Records: Why, Wherefore, how and their longevity. Med Law, 1985; 4: 141-154.
14. Barcia D. Confidencialidad y consentimiento informado en psiquiatría. Madrid: You & Us. 1998.

CORRESPONDENCIA

Dr. D. Andrés Martínez Cordero
Servicios Médicos.
Centro Penitenciario de Villabona.
Finca Tabladiello.
33480 Villabona-Llanera (Asturias).