

Comitè d'Ètica Assistencial d'ACEBA

Supressió de dades diagnòstiques de la història clínica a petició del pacient

DICTAMEN RELATIU A LA SUPRESSIÓ DE DADES DIAGNÒSTIQUES DE LA HISTÒRIA CLÍNICA A PETICIÓ DEL PACIENT

En resposta a la consulta formulada sobre la supressió de diagnòstics en la història clínica a l'empara de l'article 17 del Reglament Europeu 2016/679 del Parlament europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament de Protecció de Dades), i l'article 15 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia de Drets Digitals, escau posar de manifest el següent:

L'article 11.1 i 11.2 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, estableix expressament el següent:

*“1. La història clínica és un instrument destinat fonamentalment a ajudar a garantir una assistència adequada al pacient. A aquest efecte, **els professionals assistencials del centre que estan implicats en el diagnòstic o el tractament del malalt han de tenir accés a la història clínica.***

*2. Cada centre ha d'establir el mecanisme que faci possible que, mentre es presta assistència a un pacient concret, **els professionals que l'atenen puguin, en tot moment, tenir accés a la història clínica corresponent.***”

Hi ha, per tant, una obligació legal que els professionals assistencials implicats en el diagnòstic o el tractament del malalt tinguin accés a la història clínica que, conformement amb l'article 10.1.b) de la mateixa Llei, ha de contenir les dades assistencials següents:

“b) Dades clinicoassistencials:

- *Antecedents familiars i personals fisiològics i patològics.*
- ***Descripció de la malaltia o el problema de salut actual i motius successius de consulta.***
- *Procediments clínics emprats i llurs resultats amb els dictamens corresponents emesos en cas de procediments o examens especialitzats, i també els fulls d'interconsulta.*
- *Fulls de curs clínic, en cas d'ingrés.*
- *Fulls de tractament mèdic.*
- *Full de consentiment informat si és pertinent.*
- *Full d'informació facilitada al pacient en relació amb el diagnòstic i el pla terapèutic prescrit, si escau.*
- *Informes d'epicrisi o d'alta, si s'escauen.*
- *Document d'alta voluntària, si s'escau.*
- *Informe de necròpsia, si n'hi ha.*
- *En cas d'intervenció quirúrgica, s'ha d'incloure el full operatori i l'informe d'anestèsia, i en cas de part, les dades de registre.”*

D'altra banda, l'article 12.2, 12.3, 12.4, 12.5 i 12.6 de la mateixa Llei disposa a la lletra el següent:

“2. La història clínica s'ha de conservar en les condicions que garanteixin l'autenticitat, la integritat, la confidencialitat, la preservació i el manteniment correcte de la informació assistencial registrada, i que n'assegurin la reproductibilitat completa en el futur, durant el temps en què sigui obligatori conservar-la, independentment del suport en què es trobi, que no ha d'ésser necessàriament el suport original.

3. En el procés de translació de la informació de la història clínica, des del suport original a un altre suport, tant si és digital com d'una altra naturalesa, s'ha de garantir la inalterabilitat, l'autenticitat i la perdurabilitat de la informació assistencial, i també la confidencialitat de les dades i de la informació que contenen. Les mesures tècniques i organitzatives de seguretat que s'adoptin a aquest efecte han d'ésser recollides per protocols interns aprovats de la direcció del centre sanitari, que s'han de basar en els criteris aprovats per la comissió tècnica a què fa referència la disposició final primera.

4. De la història clínica s'ha de conservar, juntament amb les dades d'identificació de cada pacient, com a mínim durant quinze anys des de la data d'alta de cada procés assistencial, la documentació següent:

- a) Els fulls de consentiment informat.
- b) Els informes d'alta.
- c) Els informes quirúrgics i el registre de part.
- d) Les dades relatives a l'anestèsia.
- e) Els informes d'exploracions complementàries.
- f) Els informes de necròpsia.
- g) Els informes d'anatomia patològica.

5. Els processos de digitalització de la història clínica que es duguin a terme han de facilitar l'accés a la història clínica des de qualsevol punt del Sistema Nacional de Salut. A aquest efecte, s'han d'establir els mecanismes per fer possible, per mitjà de la targeta sanitària individual, la vinculació entre les històries clíniques que cada pacient tingui en els organismes, centres i serveis del Sistema Nacional de Salut, i que permetin l'accés dels professionals sanitaris a la informació clínica i l'intercanvi de la dita informació entre els dispositius assistencials de les comunitats autònomes, de conformitat amb les disposicions sobre protecció de dades de caràcter personal.

6. La documentació que integra la història clínica no esmentada per l'apartat 4 es pot destruir un cop hagin transcorregut cinc anys des de la data d'alta de cada procés assistencial.”

D'acord amb els preceptes exposats, **no es poden suprimir els diagnòstics i les restants dades clínic-assistencials de la història clínica a requeriment del pacient, atès que els professionals assistencials implicats en el diagnòstic o el tractament d'aquest cal que hi tinguin accés en la seva integritat per imperatiu legal**, havent-hi una obligació de conservació de la història clínica per un termini de 15 anys des de l'alta de cada procés assistencial, segons s'ha dit, **amb les salvetats següents:**

1. Diagnòstics incorrectes (dret de rectificació)

Si un diagnòstic és incorrecte i hi ha evidència d'aquest extrem, s'ha de rectificar la història clínica, però no s'ha de suprimir la informació original, sinó que cal afegir-hi una correcció o rectificació que aclareixi l'errada. Això cal fer-ho de forma transparent i deixant constància dels canvis realitzats.

2. Dades irrellevants o prescindibles

En el cas que un pacient sol·liciti la supressió de dades que no són rellevants per a la seva història clínica o per a l'atenció sanitària futura, es podria valorar la seva eliminació o modificació en el document d'alta, sempre que això no afecti la qualitat de l'atenció sanitària. Certament, no és el cas que ens ocupa.

3. Destrucció de la història clínica

Un cop transcorregut el termini de conservació obligatòria legalment establert (quinze anys des de la data d'alta de cada procés assistencial, si es tracta de la documentació a què es refereix l'article 15.4 de la Llei de constant referència, ó 5 anys des de la data d'alta de cada procés assistencial, si es tracta d'altres documents no relacionats en el precepte esmentat, la història clínica es pot destruir.

Fins i tot a aquest efecte, és d'assenyalar que l'article 12.7 de la Llei de reiterada referència determina el següent:

“7. No obstant el que estableixen els apartats 4 i 6, s'ha de conservar d'acord amb els criteris que estableixi la comissió tècnica en matèria de documentació clínica, a què fa referència la disposició final primera, la documentació que sigui rellevant a efectes assistencials, que ha d'incorporar el document de voluntats anticipades, i la documentació que sigui rellevant, especialment, a efectes epidemiològics, de recerca o d'organització i funcionament del Sistema Nacional de Salut. En el tractament d'aquesta documentació s'ha d'evitar identificar les persones afectades, llevat que l'anonimat sigui incompatible amb les finalitats perseguides o que els pacients hi hagin donat el consentiment previ, d'acord amb la normativa vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal. La documentació clínica també s'ha de conservar a efectes judicials, de conformitat amb la normativa vigent.”

A més a més, cal tenir en compte que la Llei reiterada diu en l'article 11.3 ,11.4 , 11.5 i 11.6, en ordre a preservar la confidencialitat de les dades recollides en la història clínica, el següent:

“3. Es pot accedir a la història clínica amb finalitats epidemiològiques, d'investigació o docència, amb subjecció al que estableix la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, i Garantia dels Drets Digitals, i la Llei de l'Estat 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i les disposicions concordants.

L'accés a la història clínica amb aquestes finalitats obliga a preservar les dades d'identificació personal del pacient, separades de les de caràcter clínicoassistencial, llevat que aquest n'hagi donat abans el consentiment.

4. El personal que té cura de les tasques d'administració i gestió dels centres sanitaris pot accedir nomès a les dades de la història clínica relacionades amb les dites funcions.

5. El personal al servei de l'Administració sanitària que exerceix funcions d'inspecció, degudament acreditat, pot accedir a les històries clíniques, a fi de comprovar la qualitat de l'assistència, el compliment dels drets del pacient o qualsevol altra obligació del centre en relació amb els pacients o l'Administració sanitària.

6. Tot el personal que accedeix en ús de les seves competències a qualsevol classe de dades de la història clínica resta subjecte al deure de guardar-ne el secret.”

En la mateixa línia, i refermant el criteri exposat més amunt, és d'observar que la *Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad. Noviembre de 2019* de l'Agencia Española de Protección de Datos diu textualment en l'apartat 8, sota el títol *Derecho de supresión de datos de la historia clínica*, el següent:

“En el ámbito de la sanidad el derecho a la supresión de datos de la historia clínica está muy limitado siempre que esos datos se estén tratando para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social; o cuando el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como la protección frente a amenazas transfronterizas graves para la salud, o para garantizar elevados niveles de calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos o productos sanitarios. Solo el profesional sanitario puede determinar si se puede suprimir el dato de salud. Hay que tener en consideración que la finalidad fundamental de la historia clínica es garantizar la asistencia adecuada al paciente; pero también se utiliza con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia; que están relacionados con la garantía del interés público o el cumplimiento de obligaciones legales por lo que la cancelación de los datos que forman parte de la historia clínica es excepcional.”

Així mateix, la *Guia de protecció de dades per a pacients i persones usuàries dels serveis de salut* (actualització a juny 2024) de l'Autoritat de Protecció de Dades de Catalunya, aborda aquesta qüestió en els termes següents:

“L'exercici dels drets de rectificació o de supressió acostuma a presentar poca complexitat si el que es vol modificar és una adreça o un telèfon a causa d'un canvi de domicili, o bé les dades bancàries, informació laboral o professional, etc.

Ara bé, en l'àmbit sanitari, la petició de canviar o suprimir dades (i la referència a un episodi clínic concret o a una intervenció quirúrgica de fa uns anys, etc.) requereix que els professionals sanitaris analitzin les circumstàncies de cada cas, sempre des del criteri mèdic, per valorar si aquest canvi pot condicionar o perjudicar l'assistència sanitària al pacient.

Els centres sanitaris han d'analitzar les circumstàncies de cada cas, des de la perspectiva del criteri mèdic i de l'interès terapèutic del pacient.

La llei obliga el responsable a bloquejar les dades que s'han rectificat o suprimit. Això vol dir guardar-les fora dels circuits habituals de treball, de manera que ningú les pugui consultar o utilitzar. Només han de quedar a disposició de les autoritats judicials, de les administracions públiques competents o de les autoritats de protecció de dades per exigir les responsabilitats escaients. Un cop han prescrit les possibles responsabilitats legals la informació del pacient ja es pot destruir físicament.”

En conclusió, el pacient té reconeguts per la legislació vigent els drets d'accés, rectificació i supressió de dades personals, si bé la seva aplicació a les dades contingudes a la història clínica és limitada. D'acord amb això, no existeix un dret substantiu del pacient a suprimir un diagnòstic de la història clínica a petició pròpia, atès que la història clínica té per finalitats garantir la qualitat de l'assistència sanitària, la salut pública, la docència, la investigació i fins judicials, entre d'altres, i hi ha una obligació legal de conservació de la història clínica en la seva integritat, tot plegat en els termes exposats més amunt, de manera que la supressió de dades de la història clínica, en especial quan es tracta d'informació que forma part d'un diagnòstic clínic, és excepcional.

Finalment, i com sigui que el responsable de la inclusió o la supressió de dades en la història clínica d'un pacient és el metge o metgessa o els professionals assistencials implicats en el diagnòstic o el tractament d'aquest, és recomanable que abans de donar resposta denegant el dret a la supressió del diagnòstic dels pacients en el cas que ens ocupa, el professional assistencial de què es tracti elevi una consulta al Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) d'ACEBA, acompanyant aquest dictamen, si escau, i segueixi les recomanacions que emeti el Comitè en el seu informe, si així ho té per convenient.

És el parer del lletrat sotasignat, emès conformement amb el seu lleial saber i entendre, que es sotmet a qualsevol altre millor fonamentat en Dret.

Barcelona, a 22 de juliol de 2025

Josep Lluís Lafarga Traver

Advocat especialitzat en Dret públic

ADDENDA

SOBRE ELS ASPECTES PROCESSALS DE LA PETICIÓ DE SUPRESSIÓ DE DADES DIAGNÒSTIQUES DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

- **Sol·licitud formal**

El pacient o el seu representant ha de presentar una sol·licitud formal al centre sanitari, complimentant el formulari corresponent i aportant la documentació que sigui necessària.

- **Vies de presentació**

La sol·licitud es pot presentar presencialment a les unitats d'informació o d'atenció a l'usuari del centre sanitari, o a través de qualsevol registre oficial o, si escau, en compliment de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques. El correu electrònic o fax solament s'admet si l'interessat compta amb signatura digital.

- **Resposta del centre sanitari**

El centre sanitari té un termini d'un mes per respondre a la sol·licitud, exposant els motius en què es fonamenta (atenent si aquest canvi pot condicionar o perjudicar l'assistència sanitària al pacient o les altres finalitats de la història clínica), si es desestima la petició.

- **Recursos**

En cas de desestimació, l'interessat o interessada pot reclamar judicialment o interposar una reclamació davant l'Autoritat de Protecció de Dades de Catalunya (APDCAT).