

¿QUIÉN PUEDE ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA? INTERESES EN CONFLICTO

Cristina Gil Membrado
Profesora Titular de Derecho Civil
Universidad de las Islas Baleares

Fecha de publicación: 19 de julio de 2019

La Historia Clínica recoge la información más sensible de la persona y sobre ella gravitan variados intereses en conflicto. Los derechos a la intimidad, a la protección de datos, a la salud, a la investigación, a la formación, a la tutela judicial efectiva, entre otros, imprimen un complejo equilibrio que limita el acceso por parte de médicos, residentes, estudiantes, otros profesionales sanitarios, investigadores y jueces. Ni siquiera el propio paciente está exento de límites.

La Historia Clínica (en adelante, HC) constituye el depósito por excelencia de datos de salud con fines sanitarios¹, conteniendo, por lo tanto, información sensible de la persona, sobre la que gravitan los más variados intereses en acceder al conocimiento veraz y actualizado de nuestro estado de salud².

Los datos contenidos en la HC serán personales cuando el paciente resulte identificado o sea identificable por medios razonables³. Ello implica que una HC sobre la mesa del

¹ Art. 15 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. BOE núm. 274, de 15.11.2002.

² Sobre cuestiones relacionadas con la historia clínica y la protección de datos de carácter personal, véase GIL MEMBRADO, C., *La historia clínica: deberes del responsable y derechos del paciente*, Comares, 2010.

³ Art. 4.1 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). DOUE L119/1, de 4.5.2016.



médico puede contener como única información identificativa del paciente un código inequívoco como el número de HC. A la vista del documento, los datos de salud contenidos en ella no son personales para alguien que no tenga acceso al fichero maestro de pacientes, que relaciona los números secuenciales de las HCs con los concretos datos administrativos de los pacientes. El número de HC se asigna por el servicio de admisión cuando el paciente accede por primera vez al Centro Sanitario y se mantendrá en las sucesivas visitas al mismo. No obstante, conviene precisar que la HC es única por centro, por lo que el paciente, a lo largo de su vida, tendrá tantas HCs como centros sanitarios visitados. Ello constituye un gran obstáculo a la HC única digital por paciente, en el que no nos extenderemos por no ser el objeto de la presente reflexión en torno al acceso a la HC y a los intereses concurrentes.

Puesto que la finalidad primordial de la HC es la asistencia sanitaria⁴, cabe primero referirse al acceso a la misma con este propósito. La primera cuestión que podemos plantearnos es si los profesionales sanitarios tienen acceso, en primer lugar, a la HC íntegra de su paciente y, en segundo lugar, si la posibilidad de acceder por parte de un profesional es ilimitada a todas las HCs del centro sanitario.

El médico que asiste al paciente no solo puede legítimamente sino que debe acceder a toda su información de salud, y no solo a la de la concreta especialidad o área en la que se produce la visita o el proceso asistencial. A modo de ejemplo, el psiquiatra que trate al paciente deberá acceder a la información clínica que conste en la HC propia del servicio de cardiología ya que el uso de antidepresivos tricíclicos puede prolongar el intervalo QT del electrocardiograma en un paciente que tome determinados fármacos antiarrítmicos.

Al contrario, si bien el médico accederá a toda la HC del paciente al que preste asistencia sanitaria, no debe acceder a la HC de un paciente del centro sanitario al que no diagnostica, trata o, de algún modo, presta asistencia sanitaria. Esta regla puede ser más sencilla en los servicios de Atención Primaria, al tener los profesionales la asignación del paciente de modo más claro, sin embargo, en Atención Especializada, los equipos, muchas veces multidisciplinares de profesionales, justifican que el acceso a la HC sea más flexible. Se trata, en todo caso de que partiendo de la premisa de que el uso legítimo a la HC lo es con fines sanitarios, una vez estos concurren, se adopte, conforme al principio de minimización en el tratamiento de la información personal⁵, en definitiva, lo que bajo el amparo de la normativa de protección de datos personales anterior respondía al uso de la información personal adecuada, pertinente y no excesiva. De ahí que, por ejemplo, al realizar una interconsulta entre distintos especialistas no siempre sea

⁴ Art. 16.1 Ley 41/2002.

⁵ Art. 5.1.c RGPD.



necesario identificar al paciente, al margen de que cuando resulte oportuno ambos especialistas traten la HC vinculada a datos identificativos del paciente porque la prestación asistencial lo justifique.

Respecto del acceso a la HC por parte de otros profesionales sanitarios, la APD se pronunció, en su día, acerca de que el personal de enfermería que realiza funciones de hospitalización podía acceder únicamente a los datos de la HC vinculados a un determinado episodio de hospitalización, y en relación a los restantes datos, en función de la necesidad para la adecuada asistencia sanitaria. Más acorde a la normativa aplicable y a la realidad asistencial es la postura sostenida por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León⁶, que reconoce al colectivo de enfermería el derecho a acceder de modo completo a la HC para poder desempeñar sus funciones, en definitiva para promover, mantener y recuperar la salud, entre otras atribuciones profesionales que les son propias.

En el ámbito sanitario, también los alumnos y residentes relacionados con las Ciencias de la Salud tienen contacto con los pacientes durante su formación o prácticas en los centros sanitarios. En cuanto al acceso de estos colectivos a la HC, existe un protocolo que determina las pautas básicas destinadas a proteger el derecho a la intimidad del paciente e incide sobre esta materia⁷. Conforme al mismo, los alumnos solo pueden acceder a la HC de conformidad a lo previsto en el artículo 16.3 de la Ley 41/2000, que requiere la disociación de la información⁸. Ello significa que podrán acceder a los datos de salud de la HC, pero estos no estarán vinculados a la identidad del paciente de ningún modo, ya que la información habrá sido sometida a un procedimiento que la haga anónima, aunque originariamente fuera personal por estar vinculada a un determinado paciente.

Si hasta el momento el protocolo se sujeta a las previsiones de la Ley 41/2002, sectorial en la materia, no nos merece la misma opinión en la previsión que realiza en lo que se refiere al acceso a la HC por parte de los residentes. En concreto, determina que los residentes, por ser personal asistencial tienen derecho a acceder a la HC de los pacientes implicados en las actuaciones asistenciales que realicen⁹. Ello se adecúa a la práctica, puesto que los residentes en formación en los centros sanitarios realizan efectivas funciones asistenciales, aunque no hay que olvidar que su régimen es eminentemente

⁶ STSJ Castilla y León, 28.2.2018 (JUR\2018\112543).

⁷ 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. BOE núm. 31, de 6.2.2017.

⁸ 7.1.3 Orden SSI/81/2017.

⁹ 7.1.1 Orden SSI/81/2017.



formativo, conforme se deriva del artículo 20 de la Ley 44/2003¹⁰ y del Real Decreto 183/2008¹¹, que se refiere a un sistema formativo que implica la asunción progresiva de responsabilidades junto a un nivel decreciente de supervisión. Nos encontramos, por lo tanto, ante un uso de la HC fundamentalmente con finalidad docente, por lo que el principio de jerarquía normativa nos conduce a la aplicación de lo que la Ley 41/2002 establece clara y de manera palmaria respecto al uso de la HC con fines docentes exigiendo el consentimiento del paciente¹², por lo que las previsiones del protocolo, si bien se ajustan a la realidad hospitalaria en la que el residente va cobrando un mayor protagonismo en la asistencia –quizá excesivo y poco acorde al principio de precaución en la supervisión- no casan bien con las prescripciones legales en la materia. Por ello, la LOPDGD, al reformar la Ley 41/2002 –especialmente en materia de acceso con finalidad de investigación-, ha perdido una buena oportunidad para hacer lo propio en cuando al acceso con fines de docencia se refiere, con el objeto de clarificar este régimen sin ambigüedades.

En materia de acceso con fines de investigación, el advenimiento del nuevo escenario en materia de protección de datos ha operado modificaciones de calado que suponen vencer los obstáculos con los que hasta el momento se encontraba la comunidad científica tanto para reutilizar la HC con fines secundarios de investigación, como para usar los datos recabados para una investigación concreta y específica para otras distintas, y aún más, con fines de investigación en general.

La Ley 41/2002 establece la obligación de tratar datos de salud con fines de investigación de modo dissociado, salvo que el paciente haya consentido lo contrario. Ello implica que incluso el tratamiento de datos de salud codificados –es decir, vinculados mediante un código a la persona a la que hacen referencia-, al ser personales, debían contar con el consentimiento del afectado. Esta situación es anómala en el contexto de la investigación biosanitaria, ya que los ensayos clínicos aleatorizados¹³, que es el método utilizado para comprobar la evidencia científica que reside en la eficacia y en la seguridad de un nuevo principio activo o de un nuevo uso de un medicamento ya comercializado, requieren la disposición de información personal para realizar el seguimiento del paciente.

¹⁰ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22.11.2003.

¹¹ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45, de 21.2.2008.

¹² Art. 16.3 Ley 41/2002.

¹³ Los pacientes se agrupan al azar habitualmente por un programa informático dividiéndose en grupo “control” y grupo “tratamiento”. Los primeros reciben un placebo o el tratamiento convencional, y los segundos, reciben el tratamiento experimental

La comunidad científica únicamente encontraba un soplo de aire fresco en lo dispuesto en la Ley 14/2007 de investigación biomédica¹⁴ que apuntaba la posibilidad de utilizar muestras biológicas¹⁵ codificadas o directamente identificadas, es decir, personales, con fines de investigación biomédica sin consentimiento del sujeto fuente cuando la obtención de este no fuera posible o representara un esfuerzo no razonable, conforme a lo previsto en el artículo 58.2. Además, esta norma contiene una previsión en el artículo 60 conforme a la cual el consentimiento puede prever el empleo de la muestra para otras investigaciones realizadas en la misma línea que la inicial. Con ello se ha conseguido flexibilizar el rigor de la normativa sectorial de manejo de la documentación clínica que exige consentimiento del afectado para tratar sus datos personales siempre en el seno de una investigación concreta y específica.

El Reglamento General de Protección de Datos 2016/679¹⁶ -en adelante, RGPD- parece tomar conciencia de estas dificultades apuntadas y en sus considerando late con claridad una postura laxa y una concepción amplia de la investigación biomédica¹⁷. Sin embargo, la concreta materialización de tal buenismo queda remitido a la normativa que como complemento del Derecho de la Unión pueden emitir los distintos Estados Miembros, por lo que la amplia previsión del Reglamento quedó, por la vía del artículo 89 del mismo, a la espera de la concreción del uso de datos personales con fines de investigación biomédica en la normativa interna¹⁸.

A consecuencia de ello, la intranquilidad y el desasosiego comenzó a invadir a la comunidad científica cuando en el Proyecto de Ley Orgánica determinaba en su artículo 6.2 que el consentimiento del afectado para una pluralidad de finalidades implicaba la constancia específica e inequívoca para cada una de ellas.

La APD “a la vista de la preocupación manifestada en diversos foros por las sociedades científicas”¹⁹ zanja la incertidumbre provocada en beneficio de los intereses de la

¹⁴ Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE núm. 159, de 4.7.2007.

¹⁵ Sobre la utilización de muestras biológicas con fines de investigación, véase GIL MEMBRADO, C., “Utilización de muestras biológicas de origen humano con fines de investigación”, *Revista de Bioética i Dret*, núm. 25, mayo 2012; GIL MEMBRADO, C., “La hoja de información (HIP) y el consentimiento informado (CI) en la investigación biomédica con muestras”, *Revista de Derecho y Genoma Humano*, núm. 36 enero-junio 2012;

¹⁶ 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). DOUE L119/1, de 4.5.2016.

¹⁷ Considerandos 157 y 159.

¹⁸ Sobre investigación biomédica y nuevo escenario en materia de protección de datos, véase GIL MEMBRADO, C., “Investigación biomédica y datos personales. Una visión crítica del nuevo régimen jurídico”, *Protección de datos: entre el RGPD y la nueva LOPD. Actualidad Civil*, núm. 5, mayo 2018.

¹⁹ En el Informe Jurídico 2018-0046 Investigación Biomédica.



investigación biomédica, de modo que afirma que “no sería preciso, para garantizar el carácter inequívoco y específico del consentimiento, que el mismo fuese prestado para la realización de una investigación concreta; ni siquiera para la realización de investigaciones en una rama muy delimitada, como por ejemplo, un determinado tipo de cáncer, sino que, teniendo en cuenta la interpretación derivada directamente del propio Reglamento, será suficientemente inequívoco y específico el consentimiento prestado en relación con una rama amplia de investigación, como por ejemplo, la investigación oncológica, o incluso, para ámbitos más extensos”. Ello significa que unos datos personales de salud recabados para la investigación de un concreto cáncer hematológico podrían ser utilizados no solo para el estudio del cáncer hematológico en general sino para otras líneas o áreas que ni siquiera hubieran sido previstas en el momento inicial.

Esta postura se refleja en la Disposición Adicional 17ª de la Ley Orgánica de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales²⁰ -en adelante, LOPDGD- que constituye, dicho muy brevemente, por no ser este el foro para desarrollarlo, un triunfo para la comunidad científica y para el desarrollo de las técnicas disruptivas como el *big data* de tratamiento a gran escala de datos personales con fines de investigación biomédica –aunque sean seudonimizados- y de la reutilización de la HC con fines investigadores.

Otros fines, además del estrictamente sanitario e investigador, legitiman el acceso a la HC, como los de salud pública y epidemiológicos y los judiciales. En cuanto a los primeros es significativo el informe de la APD²¹ que restringe el acceso sin consentimiento del interesado a los estudios de excepcional relevancia y gravedad para la salud pública, lo que justificaría el tratamiento de datos personales para vigilar enfermedades sujetas al régimen de declaración obligatoria, como el SIDA²² y la tuberculosis, pero no para la realización del seguimiento de patologías como el cáncer, la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, que si bien tienen implícito un indudable

<https://www.aepd.es/media/informes/2018-0046-investigacion-biomedica.pdf>

²⁰ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 6.12.2018.

²¹ Informe de la Agencia Española de Protección de Datos 2018-0121 Legitimación para el tratamiento de datos en materia de salud pública.

<https://www.aepd.es/media/informes/2018-0121-legitimacion-para-el-tratamiento-de-datos-en-materia-de-salud-publica.pdf>

²² Véase GIL MEMBRADO, C., “Sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH (SINIVIH) perspectiva desde el nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, septiembre 2018.

http://centrodeestudiosdeconsumo.com/images/Sistema_de_informacion_sobre_nuevas_infecciones_por_VIH_-_SINIVIH.pdf

interés público no existe, respecto de estos estudios, una obligación de comunicación obligatoria establecida por la legislación nacional²³.

En cuanto al acceso con fines judiciales, la tutela judicial efectiva justifica en muchas ocasiones el acceso a datos personales de la HC. Sin embargo, siendo la regla general la separación de los datos identificativos para garantizar el anonimato, conforme determina la nueva redacción de la Ley 41/2002 dada por la LOPDGD en la DF 9ª, se transmitirán los datos clínicos de la HC con fines judiciales junto a los datos de identificación personal del paciente en los casos de investigación por la autoridad judicial siempre que se considere imprescindible la unificación, a criterio de jueces y de tribunales, adoptando siempre un criterio restrictivo que respete el principio de minimización en el tratamiento de la información personal.

Siendo el tema que nos ocupa el de los intereses concurrentes en el acceso a la HC, el paciente, al que los datos hacen referencia, tampoco está exento de límites al acceso a sus propios datos de salud, en atención a la amalgama de intereses concurrentes en el documento que recoge su historia de salud.

En principio, el paciente tiene derecho a obtener una copia de su HC, el cual puede ser satisfecho a partir de la previsión establecida por la Ley 41/2002²⁴ y, tras el nuevo régimen establecido por la normativa de protección de datos, también a través del mismo²⁵ –ya que anteriormente se reducía al acceso a los datos sin posibilidad de obtener copia-.

No obstante, a la solicitud de copia se opone un primer límite que es el previsto en el artículo 17 de la Ley 41/2002 y que deriva de la obligación del centro sanitario de conservar la HC durante un mínimo de cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial que se extiende al tiempo necesario para la debida asistencia al paciente. Ello implica que podrá proporcionarse copia al paciente de toda la HC excepto de aquellos documentos que, por no ser reproducibles, tengan que permanecer en el centro sanitario.

Tras esta salvedad, que no operará en muchos casos teniendo en cuenta la actual digitalización de las pruebas de imagen, otro de los límites que se antoja fruto del límite al derecho a la información al paciente es el llamado “privilegio terapéutico” contenido en el artículo 5.4 Ley 41/2002, que constituye un reducto del principio de paternalismo y

²³ En este sentido se pronuncia el Informe de la Agencia Española de Protección de Datos 2018-0121 Legitimación para el tratamiento de datos en materia de salud pública.
<https://www.aepd.es/media/informes/2018-0121-legitimacion-para-el-tratamiento-de-datos-en-materia-de-salud-publica.pdf>

²⁴ Art. 18 Ley 41/2002.

²⁵ Art. 15.3 RGPD.



de beneficencia prácticamente desaparecido en beneficio de la primacía de la autonomía del paciente y del derecho a ultranza de ser informado. Dicho precepto hace referencia a casos en los que a juicio del profesional el paciente se encuentre en un estado tan delicado que proporcionar una determinada información acerca de su estado de salud –de ordinario fatal- podría desencadenar consecuencias negativas para el propio paciente: imaginemos un paciente con tendencias de autolisis al que se le informa de que padece un cáncer terminal-. Obviamente se trata de un supuesto excepcional que operaría también ante la solicitud de una copia de su HC por parte del paciente, ya que de lo contrario dicho derecho resultaría papel mojado.

Otro de los límites al acceso a su HC por parte del paciente es la constancia en la misma de datos de terceros, conforme determina el artículo 18.3 de la Ley 41/2002. Se trata de información relativa a la salud de terceras personas, que resulta de interés para el paciente, motivo por el que se incorpora a su HC: un ejemplo podría ser el VIH positivo de su pareja, cuyo derecho a la intimidad, con carácter general, en este caso prevalece, sin perjuicio de que esta discusión daría lugar a otro estudio en mayor profundidad.

Finalmente, un límite, a nuestro modo de ver injustificado es el que opera frente al acceso por parte del paciente a las anotaciones subjetivas que obran en su HC, que se desprende del artículo 18.3 de la Ley 41/2002. Se trata de un privilegio del profesional difícilmente justificable que carece de certeza y de previsibilidad y, por lo tanto, contraría el principio de seguridad jurídica básico de nuestra Carta Magna²⁶. No se alza este límite para proteger otro derecho que el interés del que lo alega, que es el del profesional sanitario, y supone una información sobre el paciente que circulará entre los profesionales sanitarios y a la que el paciente no podrá nunca acceder, ya que al proporcionarle copia de su HC estas anotaciones se eliminarán. Esta información bien podría ser falsa o errónea sin que el paciente tenga la posibilidad de solicitar derechos que constituyen el eje de la protección del derecho fundamental como el de la rectificación o la supresión de unas anotaciones que como su propio nombre indica, son subjetivas.

Se trata de anotaciones del profesional, que si bien son subjetivas, tienen trascendencia clínica, ya que de lo contrario no podrían ser incorporadas a la HC, pero no constituyen juicio clínico sino juicios de valores como podrían ser hipótesis diagnósticas no demostradas; sospechas de incumplimientos terapéuticos; de tratamientos no declarados; de hábitos no reconocidos; de comportamientos insólitos, etc.. que de no ser ciertos constituyen una intromisión injustificada en los derechos fundamentales del paciente, cuya justificación difícilmente superaría la debida proporcionalidad.

²⁶ Art. 9.3 CE

Supuestos especiales de acceso a la HC también lo constituyen la existencia de datos familiares, de datos de menores, de incapaces y de fallecidos.

Efectivamente la familia puede ser afectada por el tratamiento de datos en la HC, y paradigmática resulta en este sentido la información genética en tanto en cuanto se trata de información que trasciende al individuo y resulta predictiva de patologías que afectan a la familia y que se transmiten de generación en generación. Un ejemplo de regulación en este ámbito es el establecido por el artículo 5.2 de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 que determina que en los supuestos en los que la información que procede de la HC afecta a varias personas todas ellas tendrán que consentir para que el tratamiento sea legítimo. Dicho esto, la determinación de los que tengan que prestar consentimiento no se antoja sencilla.

En cuanto al acceso a la HC del menor, al margen de la determinación de la edad cronológica de 14 años establecida por la LOPDGD²⁷ para la disposición por parte del menor de su información personal, en esta materia resulta oportuno dirigirse a la normativa sectorial sanitaria y relacionar el acceso a la HC con la mayoría de edad sanitaria para consentir intervenciones en este ámbito, que lejos de una edad cronológica estática hace referencia a la minoría de edad madura con una edad, los dieciséis años, que actúan como presunción de madurez –iuris tantum- por encima y de inmadurez –iuris tantum- por debajo. Y es que el acceso y la disposición de los datos de la HC deben ir a la par de la autonomía del menor para decidir un tratamiento. Es el artículo 9.4 de la Ley 41/2002 el que fija como pauta orientativa los dieciséis años, con la excepción de que se produzca “una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor” en cuyo caso “el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”.

Esta regulación trasladada al acceso a la HC implica que los datos presentes en la HC del menor con dieciséis años cumplidos no deben ser trasladados a sus padres salvo que exista grave riesgo para su vida o su salud, por gozar el menor en este caso de madurez suficiente, salvo que el profesional destruya la presunción –haciéndolo constar en la propia HC-. Por debajo de esa edad, la presunción operaría en sentido contrario, es decir, el acceso a la HC se llevaría a cabo por los padres, salvo que el facultativo responsable del paciente menor considerara que concurre madurez suficiente. Bajo este régimen no constituye conflicto el hecho de que el menor acuda a realizarse una intervención o a acceder a su HC por dolencias de escasa importancia. Cosa distinta es cuando el menor

²⁷ Art. 7.



acude al profesional para el tratamiento de problemas de salud que revisten grave riesgo²⁸. En este caso, los padres, además de consentir las intervenciones deberán tener acceso a la documentación clínica del menor. En definitiva, en este ámbito no opera el límite de los catorce años que determina la normativa interna de protección de datos, sino el complicado régimen de la minoría de edad madura en el ámbito sanitario.

En cuanto a los incapaces, plantea un supuesto conflictivo la incapacidad de hecho -muy habitual en este ámbito-, en el que según el artículo 9.3.a de la Ley 41/2002, la familia o las personas vinculadas –con la inseguridad que genera esta alusión- otorgarán el consentimiento para la disposición de la información clínica personal del que sea incapaz conforme al criterio del médico responsable.

Para finalizar, en relación a la HC del fallecido, el artículo 18.4 de la Ley 41/2002 permite el acceso a la HC de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, salvo en el caso de que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y resulte acreditado –por ejemplo a través de instrucciones previas-. En clara consonancia, la LOPDGD en su artículo 3 faculta a las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, así como a sus herederos a solicitar los derechos propios de la protección de los datos personales, entre los que figura el acceso y la copia, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido de modo expreso.

²⁸ Un supuesto concreto y extremo es la práctica en menores de transfusiones de sangre o de otras intervenciones en situación de grave riesgo para el menor, que ha sido tratado con acierto por la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado.
Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave.
http://www.congreso.es/docu/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_10/spl_78/pdfs/79.pdf



*Centro de Estudios de
Consumo*

PUBLICACIONES JURÍDICAS
<http://centrodeestudiosdeconsumo.com>