



SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA REGISTRE GENERAL
<b>20/09/2016</b>
EIXIDA NÚM. <b>20301</b>

Conselleria de Sanidad Universal y Salud  
Pública  
Hble. Sra. Consellera  
C/ Misser Mascó, 31-33  
Valencia - 46010 (Valencia)

=====  
Ref. queja núm. 1610495  
=====

**(Asunto: Falta de respuesta a solicitud de información clínica)**

(S/Rfa.: Informe de la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad. Exp 6607. EP/EP/AP)

Hble. Sra. Consellera:

Acusamos recibo de su escrito por el cual nos remite informe en relación a la queja de referencia formulada por Don (...).

El autor de la queja en su escrito inicial de fecha 25/05/2016, sustancialmente, manifestaba los hechos y consideraciones siguientes:

(...) En fecha 11/09/2015 mi padre, D.(...) , fue sometido a una ablación, con cateterismo, en el Departamento de electrofisiología en el Hospital La Fe por el Dr. (...) . Tras cinco horas de operación sale este médico diciendo que la operación ha sido un éxito rotundo, el paciente se encuentra perfectamente, pero que debido a la duración de la operación y cantidad de anestesia, el paciente necesita unas horas para recuperarse antes de subir en planta.

Nuestra sorpresa fue que en ocho minutos, sacan al paciente sin monitorizar con una celadora y nos dice que nos vamos a la habitación ya. (...) Una vez en la habitación, le decimos a esta celadora que monitorice a D. (...) y dice que ésta no sabe, que ya vendrán, y se marcha sin avisar a ninguna enfermera. Al ver que D. (...) tenía problemas al respirar llamamos a las enfermeras, éstas vienen, monitorizan al paciente y no marcaba ninguna constante. Se extrañan mirándose una a otra y llaman a una tercera enfermera, no tenían capacidad de reacción ni habilidad para dentro de sus funciones determinar qué estaba sucediendo. (...) Seguidamente llaman al cardiólogo y este rápidamente detecta parada cardíaca.

D. (...) es ingresado en la UCI, con parada multi-orgánica, debido a falta de riesgo en todos sus órganos, con pulmones encharcados, su estado es muy crítico.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <a href="https://seu.elsindic.com">https://seu.elsindic.com</a>		
<b>Código de validación:</b> *****	<b>Fecha de registro:</b> 20/09/2016	<b>Página:</b> 1
C/. Pascual Blasco, 1 03001 ALACANT Tels. 900 21 09 70 / 965 93 75 00 Fax 965 93 75 54 www.elsindic.com Correo electrónico: consultas_sindic@gva.es		

Cinco días después mi padre fallece.

Me parece que disponiendo de este hospital de UCI, UCSI, URPA e incluso Reanimación, al éste ser un paciente con desfibrilador DAI, tenían que haber pasado por estos departamentos antes de subir a la habitación, protocolo según documentación adquirida no se realizó correctamente.

**(...) Solicito todos los informes de su operación, informes cardiólogo electrofisiología, grabación tv, cateterismo, informe anestesista, cantidades anestesia, tiempos de reanimación, procesos reanimación ya que veo que se ha incumplido el protocolo de reanimación de un paciente delicado, informe de la celadora, datos de todas las personas profesionales de este hospital implicados en el proceso desde ingreso en departamento de electrofisiología hasta ingreso en UCI, por si fuera necesaria requerirla ante un tribunal, toda las cantidades de mediación que se suministró, espero toda la información detallada del paciente en la mayor brevedad posible** (a este respecto el promotor de la queja señala que se había dirigido, en varias ocasiones, a la Conselleria reclamando esta documentación).

Admitida a trámite la queja, solicitamos informe de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública que, a través del Director General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad en fecha 27/06/2016, nos comunicó, entre otras cuestiones lo siguiente:

Atendiendo a su solicitud de información sobre la queja presentada por **D. (autor de la queja) (Ref. n° queja 1610495)**, sobre falta de respuesta a solicitud de información clínica, se trasladó dicha queja al Departamento de Salud Valencia La Fe desde el que nos informan que:

1. Con fecha 21 de enero de 2016 el director del área clínica de las enfermedades cardiovasculares respondió a la queja presentada el 7 de enero de 2016 en el SAIP y ampliada el 19 de enero, solicitando una entrevista con el Dr. Cano y con el Jefe del Servicio de Cardiología, que se celebró el día 15 de enero indicando "por parte de este servicio de cardiología, creemos que no podemos aportar nada nuevo a lo expuesto en dicha reunión celebrada el día 15 de enero".

2. Con fecha 26 de enero de 2016 el director médico del Hospital La Fe respondió a la queja presentada en el SAIP del Hospital la Fe en la que se solicitaba copia de la Historia Clínica de D. (...) (se adjunta copia) donde además de transmitir "mi más sentido pésame por el fatal desenlace de la enfermedad de su familiar" se le informaba de las páginas en donde se encontraba la información en el CD que se le entregó.

3. Posteriormente, el Sr. (...) fue recibido en el Servicio de Atención y Comunicación con el Paciente, dependiente de la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad donde mostró la documentación obrante en su poder y que anteriormente había remitido mediante correo electrónico. Se le indicó que si no estaba de acuerdo con las explicaciones dadas podía pedir de nuevo cita a través del SAIP con los facultativos implicados en la atención de su padre. Asimismo podía enviar queja al Síndic y si lo consideraba necesario solicitar la apertura de un

expediente de responsabilidad patrimonial a través de la Delegación Territorial de Sanidad de Valencia, hecho que según correo enviado por el Sr. (...) al Servicio de Atención y Comunicación con el Paciente realizó en su día.

Del contenido del informe, así como de la documentación remitida, dimos traslado al autor de la queja al objeto de que, si lo consideraba oportuno, presentase escrito de alegaciones, como así hizo en fecha 17/07/2016 en el sentido de manifestar, entre otras cuestiones, lo siguiente:

Después de entrevista con Dr. (...), **a los familiares les quedaron dudas**, ya que soy el portavoz de la familia, me dijeron que me resolverían las dudas existentes, que estaban a mi disposición, cuando lo solicitara. No sé cómo dicen que no tienen nada que aclarar si las dudas las tienen los familiares no los médicos, al no ser que aparte de médicos sean adivinos. **Revisando el cd no encuentro la información que solicito**, solo pido el día 11 de 8 a 15.30, fármacos administrados y cantidades, además me dijo el médico Dr. (...), que me enviaría por escrito quien fue el que se saltó el protocolo de reanimación con mi padre, se le dio el alta sin pasar por ningún departamento reanimación. Aun no me ha enviado la información que me prometió en dicha entrevista, obstaculizando la investigación y vulnerando los derechos del paciente y familiares. No veo registros de información en que se basa para dar alta de (...), ya que salió del quirófano con pulmones encharcados, sudor porosa fuerte, problemas respiratorios severos, y espasmo sin poder ni hablar alas familiares.

Al comentar yo el estado de mi padre me dijeron que esos síntomas eran normales, sería la anestesia, por lo visto estaba en shock cardiogénico lo que ya no se pudo hacer nada por salvar su vida. Solicito entrevista ya que los que tienen dudas son los familiares no ellos, así no saben ellos sin hay dudas existentes.

Solicito que esta entrevista este revisada por un organismo independiente a Conselleria, y quede reflejado las preguntas y respuestas por escrito, verificando que no se omita el derecho al paciente, porque después voy allí y me dicen que no tienen nada más que aclarar. Me parece de poca ética y moral omitir información a los familiares, decir que el paciente estaba perfecto y estaba en parada cardiogénica más avisando los familiares de su mal estado se les dice que son síntomas normales anestesia, en entrevista me dijo que shock cardiogénicos pasan todos días, y al día siguiente se van por su propio pie a casa, si hubiera seguido el protocolo reanimación que marca, puede ser que no hubiera tenido lugar el fatal desenlace.

Solicito todos fármacos y cantidades administradas el día 11 septiembre 2015 de 8.00 a 15.45 a (...), ya que en historial hay laguna en esas horas, lo que explica es el dep uci, ya no había nada que hacer, quiero saber la hora que solicito solo se expande hora después que pido. Todo personal sanitario que tuvo contacto con paciente de 8.00 a 15.45 del mismo día además que medico dio orden de subir a (...) a la habitación en estado shock cardiogénico, saltándose el protocolo post operatorio sin pasar por ningún dep reanimación, ya que (...) dijo a los familiares que tardaría 3,4 horas en subir habitación, que le había administrado mucha anestesia y necesitaba tiempo para recuperarse, el que hiciera hubiera falta, textualmente. Esto no se cumplió porque salió paciente a los 5 min, no entiendo como cambio tanto

el diagnóstico en 5 min ese cambio, **y voy a pedir responsabilidades si estas las hubiesen por homicidio involuntario.** Todo personal sanitario (el subrayado y la negrita es nuestro).

Llegado a este punto, concluida la tramitación ordinaria de la queja, resolvemos la misma con los datos obrantes en el expediente. En este sentido, consideramos que, aunque íntimamente unidas entre sí, son dos las cuestiones a estudiar en la presente queja:

Primera. La posible negligencia en la asistencia sanitaria recibida por el padre del promotor de la queja.

Segundo. El derecho a la información clínica de los familiares.

En relación a la posible negligencia médica hemos de significarle que es criterio de esta Institución el informar a los/as promotores/as de las quejas de los elementos que inciden en la determinación de las responsabilidades y al mismo tiempo de las acciones que puede emprender en los términos siguientes:

De acuerdo con la doctrina mayoritaria seguida en la materia se pueden señalar como factores que inciden, en general, en cada uno de los actos médicos realizados los siguientes:

1.- El Facultativo, con sus circunstancias personales y profesionales. Durante el extenso período de formación habrá ido obteniendo una serie de conocimientos y aptitudes, pero pueden ser insuficientes para afrontar las situaciones concretas que se le pueden plantear. Podemos encontrarnos, si así sucede, ante un supuesto de impericia. Si, a pesar de que su formación es suficiente, su actitud en una intervención concreta no es la adecuada, su conducta puede calificarse como negligente o, incluso en muy raras ocasiones, como dolosa.

2.- El enfermo y su entorno familiar con sus actitudes, colaboradoras o no, con el propio facultativo y con el centro donde se le dispensa el tratamiento. La influencia de estas personas puede apreciarse en varios aspectos: prestando su consentimiento o no a determinadas intervenciones, presionando para que se realicen otras, o se lleven a cabo de uno u otro modo, etc.

3.- La propia enfermedad que aqueja al individuo. De este modo se puede requerir la intervención de un facultativo ante enfermedades que aparecen como incurables con los tratamientos que, hasta el presente, la ciencia ha logrado descubrir. Otras que, a pesar de ser “curables”, están sometidas a un porcentaje de éxito por la incidencia de otros factores no imputables a ninguno de los intervinientes. En fin, podemos encontrarnos con la concurrencia de otras afecciones o con las condiciones físicas, somáticas, biológicas, etc., del propio paciente, que hacen cobrar cierta veracidad a la afirmación de que “no hay enfermedad sino enfermo”.

4.- El medio en que se produce la intervención del profesional médico. En este terreno pueden incluirse desde la dotación del centro que se pone a su disposición (espacios físicos, tecnología, instrumental, etc.) hasta la

organización del propio trabajo. Por lo tanto, es necesario evaluar si en el caso concreto se ha contado con todo el material necesario para realizar el acto médico con todas las garantías, o se ha debido realizar precariamente. En el aspecto de la organización del trabajo es preciso tener presente que en multitud de procesos, sobre todo hospitalarios, no se produce la actuación de un sólo profesional, sino que su labor se realiza en el ámbito de un equipo, muchas veces de naturaleza interdisciplinar, sucediéndose las intervenciones a lo largo de los turnos que se realizan durante la jornada. A ello hay que unir, también, la incidencia que puede tener en la evolución de una enfermedad la actuación de otros profesionales no facultativos que prestan cuidados al enfermo.

Por tanto, y en resumen, la valoración de un acto médico debe comprender dos aspectos diferentes pero indisolubles:

- Uno, la autoría del mismo y el procedimiento seguido en su consecución, donde se apreciará el exacto ingrediente de la diligencia profesional desplegada o, en su caso, las desviaciones sobre la misma (error, negligencia, desidia, impericia, imprudencia, etc.).
- Dos, la delimitación del resultado conseguido, es decir, si es correcto o no, si se corresponde con la actividad realizada y si han interferido en su producción otras circunstancias que rompan o modifiquen el nexo causal entre ambos.

Con todo ello, se puede concluir que para determinar la responsabilidad de los intervinientes en un proceso médico es necesario evaluar cuál es el grado de participación de cada uno de los factores descritos en el resultado final.

Esa determinación de la responsabilidad, civil o penal de los profesionales que han intervenido, o patrimonial administrativa al tratarse de la prestación de un servicio público, en el asunto objeto de la presente queja, ha de dilucidarse en el seno de un proceso judicial, que es donde se encuentran presentes las garantías suficientes de contradicción de las pruebas e informes que cada una de las partes pueda aportar en defensa de sus posiciones, ya que, de acuerdo con el artículo 117.3 de la Constitución Española, la potestad de juzgar y ejecutar lo juzgado “corresponde exclusivamente a los Juzgados y Tribunales determinados por las Leyes.”

En relación al derecho a la información sanitaria (segundo aspecto a estudiar en la presente queja), del detallado estudio de la queja se desprende la total discrepancias de posiciones entre el autor de la queja y la administración sanitaria valenciana en cuanto a si le ha sido entregada al interesado la totalidad o no de la información clínica solicitada. A este respecto, cúmpleme informarle que no corresponde al Síndic de Greuges resolver este tipo de desacuerdos o discrepancias por exceder de nuestro ámbito competencial.

Sin perjuicio de lo anterior, le ruego considere los argumentos que a continuación le expongo que son el fundamento de la sugerencia con la que concluimos.

La Constitución española de 1978 otorga a los ciudadanos una serie de derechos, entre los que aparece el derecho a la información.

El derecho a la información en el ámbito sanitario, lo que podríamos denominar el derecho a la información clínica, tuvo su plasmación inicial en los Arts. 9, 10 y 61 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.

Dichos preceptos fueron derogados, si bien parcialmente por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley 14/2001, que trata de adaptar en esta materia la Ley 14/1986, dedica todo el Capítulo V a las Historias Clínicas, reconociendo en su Art. 18 el derecho de acceso de los pacientes a las historias clínicas, así como el derecho a obtener copia de los datos que figuren en ellas.

Por último, para cerrar el ámbito normativo estatal, citar la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que deroga la Ley 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter Personal y permite que el acceso del paciente a su Historia Clínica se extienda a todas las modalidades en que la Historia puede registrarse, incluidas las informatizadas.

En el ámbito de la Generalitat Valenciana, destacar la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. En el art. 46, se refiere a las Historias Clínicas a las que define como:

“El conjunto de la información obtenida en los procesos asistenciales de cada paciente, con el objeto de lograr la máxima integración posible de la documentación clínica.”

Efectivamente, tras definir y delimitar el contenido de las historias Clínicas, así como fijar su propiedad y custodia, la Ley 10/2014 regula el derecho de acceso a las Historias Clínicas de los pacientes (Art. 46.2).

Centrándonos en el derecho de los pacientes a acceder a su Historia Clínica, el Art.46 establece:

(...)

2. El paciente, directamente o mediante representación debidamente acreditada, tiene el derecho de acceso a los documentos y datos de su historia clínica y a obtener copia de éstos.
3. Se deberán adoptar todas las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar el derecho de acceso a la historia clínica, proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, así como el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro tratamiento no autorizado.

(...)

10. El derecho de acceso por parte 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.

11. 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. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

En definitiva, del estudio del ordenamiento jurídico vigente (tanto estatal como autonómico) se infiere el derecho a favor de los pacientes en relación con las Historias Clínicas. El paciente tiene derecho a su Historia Clínica en cualquier momento, así como el derecho a obtener una copia del mismo o de los datos que éste contiene, debiendo hacerse notar que este derecho podrá ejercerse también por representación, siempre que esté debidamente acreditado.

Esta Institución reconoce el enorme esfuerzo legislativo que la Administración Sanitaria ha hecho para fortalecer los derechos del paciente, por lo que los centros sanitarios deben encaminar sus actuaciones en consonancia con ese esfuerzo.

En virtud de todo cuanto antecede y de conformidad con lo dispuesto en el Art. 29.1 de la Ley 11/1988, de 26 de diciembre, reguladora de esta Institución, estimamos oportuno **SUGERIR** a la **Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública** que habilite los mecanismos necesarios para dar cumplimiento al deber legal de entrega de un ejemplar de toda la documentación obrante en la Historia Clínica del padre del autor de la queja, todo ello sin perjuicio de la obligación de conservación del mismo en el centro sanitario correspondiente.

De conformidad con lo previsto en el Art. 29 de la Ley de la Generalitat Valenciana 11/1988, de 26 de diciembre, reguladora de esta Institución, le agradecemos nos remita en el plazo de un mes, el preceptivo informe en el que nos manifieste la aceptación de la Sugerencia que se realiza, o en su caso, las razones que estime para no aceptarla.

Para su conocimiento, le hago saber, igualmente, que, a partir de la semana siguiente a la fecha en la que se ha dictado la presente resolución, ésta se insertará en la página Web de la Institución.

Atentamente le saluda,

José Cholbi Diego  
Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana