

III.- OTRAS DISPOSICIONES Y ACTOS

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Resolución de 27/02/2009, de la Dirección Gerencia, mediante la que se aprueba la Circular 1/2009, sobre uso, acceso, cesión de datos y conservación de la Historia Clínica en el ámbito del Sescam. [2009/9002]

La normativa sanitaria actual, dictada en desarrollo y aplicación del art. 43 de la Constitución, refleja los profundos cambios que se vienen produciendo en el contexto de las relaciones clínicas, caracterizadas en el modelo vigente por la preeminencia del principio bioético de la autonomía de la voluntad en sus diversas manifestaciones.

Esta autonomía personal se concreta, en el ámbito que ahora nos ocupa, en el reconocimiento de una amplia capacidad de autodeterminación de la persona en relación con sus datos de salud incorporados a la documentación clínica.

Así, la normativa vigente ampara de manera amplia el derecho a la intimidad de la persona en relación con sus datos de salud (art. 18.1 de la Constitución, art. 2.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, entre otros), el carácter confidencial de la información sanitaria (art. 7.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y art. 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, entre otros) e impone la obligación de secreto al personal que accede a datos de salud en el desempeño de sus funciones (art. 2.6 de la Ley 41/2002 y arts. 197 y siguientes del Código Penal, entre otros)

Partiendo de la regulación establecida en la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, y en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Dirección Gerencia del Sescam aprobó la Circular 2/2007, de 9 de febrero, por medio de la cual se dictaban instrucciones sobre el uso y los accesos a datos de la historia clínica en los centros del Sescam, detallando quiénes y en qué condiciones tienen un derecho legítimo a acceder a los datos sanitarios contenidos en las mismas.

El objetivo de la citada Circular no era otro que el de dotar de seguridad jurídica a los profesionales del Sescam implicados en el tratamiento de los datos de salud de las personas ante la dificultad que plantea la resolución de los múltiples conflictos de intereses que se suscitan en torno a los datos de salud, pues no podemos olvidar que la información contenida en las historias clínicas afecta a una multiplicidad de personas y está sujeta a diversas finalidades (atención sanitaria, inspección y evaluación, investigación judicial, docencia e investigación, facturación, etc...) Garantizar que el uso y el acceso a la documentación clínica se verifica en condiciones de seguridad y respeto a los derechos de las personas implicadas en la relación clínica no resulta tarea fácil, pues con frecuencia colisionan en este punto intereses de diversas personas o instituciones.

Por otro lado, la progresiva implantación de sistemas automatizados para el tratamiento de la información contenida en las historias clínicas determina la necesidad de establecer criterios de seguridad ante las nuevas circunstancias que envuelven el manejo de la documentación clínica en el contexto electrónico, de forma que las innegables ventajas y oportunidades que ofrece el tratamiento automatizado de las historias clínicas no vayan en detrimento del derecho fundamental a la protección de los datos personales reconocido en el art. 18.4 de la Constitución.

La regulación de este derecho a través de la LOPD (LO 15/1999, de 13 de diciembre) se ha visto profundamente afectado por la entrada en vigor del Real Decreto 1.720/2007, de 21 de diciembre, que introduce importantes modificaciones en el régimen de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, o en materia de medidas de seguridad de los ficheros que contengan datos personales.

Esta actualización normativa ha de completarse con la incorporación de las novedades introducidas por el Decreto 104/2008, de 22 de julio, de protección de datos de carácter personal de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Con el fin de actualizar las Instrucciones contenidas en la Circular 2/2007 para adaptarlas a la nueva regulación, de facilitar a los profesionales del Sescam implicados en el tratamiento de datos de salud en cualquiera de sus fases una serie de criterios de actuación seguros y homogéneos, y de garantizar el respeto a los derechos a la autonomía, intimidad de

los pacientes, esta Dirección Gerencia, en ejercicio de las competencias atribuidas por el art. 73 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, dicta las presentes Instrucciones

Primera: Objeto

Segunda: Ámbito de aplicación

Tercera: Principios básicos

Cuarta: Usos, accesos y cesión de datos a la historia clínica

4.1. Criterios generales

4.2. Usos de la historia clínica por personal del Sescam.

4.2.1. Usos de la historia clínica por profesionales asistenciales del centro.

4.2.2. Usos de la historia clínica por el personal de inspección.

4.2.3. Usos de la historia clínica por personal no sanitario de administración, gestión y trabajo social.

4.2.4. Usos de la historia clínica por los Comités de Ética Asistencial del Sescam.

4.3. Acceso a la historia clínica por el paciente o sus representantes.

4.3.1. Acceso a la HC por el propio paciente

4.3.2. Acceso a la HC por persona autorizada por el paciente.

4.3.3. Acceso a las HC de pacientes menores de 14 años

4.3.4. Acceso a la HC de pacientes legalmente incapacitados.

4.3.5. Acceso a la HC de pacientes incapacitados de hecho.

4.3.6. Acceso a la HC de pacientes fallecidos.

4.3.7. Límites al acceso a la documentación de la historia clínica.

4.4. Cesión de datos de la historia clínica a terceros.

4.4.1. Cesión de datos por motivos epidemiológicos, de salud pública, investigación o de docencia.

4.4.2. Cesión de datos al Ministerio Fiscal, los Jueces o Tribunales, el Defensor del Pueblo o el Tribunal de Cuentas.

4.4.3. Cesión de datos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

4.4.4. Cesión de datos a una compañía aseguradora

4.4.5. Cesión de datos a los centros sanitarios privados concertados con el Sescam.

4.4.6. Cesión de datos a los centros sanitarios pertenecientes al Sescam o a otros Servicios Autonómicos de Salud

4.4.7. Cesión de datos a una entidad gestora o colaboradora de la seguridad social para el reconocimiento de prestaciones económicas.

Quinta: Tramitación de solicitudes

5.1. Tramitación de las solicitudes de acceso a la historia clínica.

5.2. Resolución de las solicitudes de acceso.

5.3. Tramitación de las solicitudes de oposición, rectificación y cancelación.

5.4. Resolución de las solicitudes de oposición, rectificación y cancelación..

5.5. Notificaciones a la Secretaría General.

Sexta: Conservación, custodia, expurgo y destrucción de la documentación clínica

6.1 Condiciones de la conservación.

6.2 Plazos de conservación.

6.3 Criterios de seguridad de la historia clínica.

Séptima.- Adaptación a las medidas de seguridad del RD 1720/2007.

Octava.- Efectos.

Instrucciones

Primera.- Objeto

La presente Circular tiene por objeto definir los circuitos administrativos a seguir en relación al uso, acceso, cesión de datos y conservación de la documentación clínica con una doble finalidad: de una parte, se trata de garantizar la homogeneidad de las actuaciones llevadas a cabo en esta materia por los diferentes centros sanitarios; de otra, orientar a los profesionales, con criterios legalmente fundamentados, en todo lo referente al acceso y conservación de la documentación sanitaria, con independencia del soporte -papel o informático-, en el que la misma se halle registrada.

Segunda.- Ámbito de aplicación.

La presente Circular es de aplicación en todo el ámbito del Sescam. En concreto comprenderá los Servicios Centrales, las Oficinas Provinciales de Prestaciones, las Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada, de Área, de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario y de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones.

Tercera.- Principios básicos.

El derecho de acceso a la documentación clínica se regirá por los principios básicos que a continuación se relacionan:

3.1. El personal dependiente del Sescam, en relación con sus propias funciones, está obligado a la creación y al mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuenciada del proceso asistencial haciendo uso de las aplicaciones y procedimientos normalizados implantados o que se vayan implantando, y a seguir las instrucciones que a tal efecto se impartan tanto por parte de la Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad como de la Secretaría General en el ámbito de sus competencias.

3.2. El paciente, o la persona autorizada por él, tiene derecho a acceder al contenido de su historia clínica y a obtener copias de los documentos que figuran en ella.

3.3. El derecho de acceso del paciente a la documentación de su 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 podrán oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas. También podrá limitarse el acceso del paciente a la información sanitaria cuando se acredite la existencia de un estado de necesidad terapéutica.

3.4. Sin perjuicio del derecho de acceso del paciente o sus representantes legales o voluntarios, la Ley 41/2002 y la Ley Orgánica 15/1999, prevén otros supuestos de acceso autorizado a la documentación clínica.

3.5. Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales y toda persona que tenga acceso a la información y a la documentación clínica queda sujeta al deber de secreto. El incumplimiento de estos deberes puede ser motivo de exigencia de responsabilidad disciplinaria e incluso penal.

3.6. Las solicitudes de acceso a la historia clínica deberán especificar qué documentos se solicitan. Los servicios de Documentación Clínica o unidades equivalentes, siguiendo el principio de proporcionalidad, limitarán el acceso o la cesión a los documentos estrictamente necesarios en cada caso.

3.7. Como regla general, se denegará el acceso a la historia clínica por personas distintas del paciente, cuando no estén autorizadas por éste ni ostenten la condición de representante legal del mismo.

Cuarta.- Usos, accesos y cesión de datos a la historia clínica.

4.1. Criterios Generales.

En la presente Circular se contemplan los diferentes supuestos de acceso a la información contenida en la historia clínica. A los efectos de lograr una mayor claridad expositiva se distingue en el presente documento entre “usos de la historia clínica por personal del Sescam en el ejercicio de sus funciones”, “accesos a la historia clínica por el propio paciente” y “cesión de datos de la historia clínica a terceros ajenos a la Administración sanitaria”.

Con carácter general, el uso y acceso a la documentación clínica se ajustará a los siguientes criterios:

a. Los centros sanitarios admitirán o denegarán el acceso a la documentación clínica de conformidad con lo establecido en la presente Circular para cada uno de los supuestos contemplados.

b. En aquellos centros sanitarios en que se halle implantada la historia clínica electrónica, ésta será de uso obligatorio para los profesionales asistenciales, acreditándose la identidad de los pacientes a través del Código de Identificación Personal (CIP) que figura en la Tarjeta Sanitaria Individual. A estos efectos, a cada usuario se le asignará una clave personal e intransferible de acceso a los datos y recursos que precise para el desarrollo de sus funciones.

c. Se establecerán mecanismos para evitar que un usuario acceda a datos o recursos con derechos distintos de los autorizados, y en todo caso se aplicarán las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación regu-

ladora de la conservación de ficheros que contienen datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre).

d. El derecho de acceso sólo podrá ejercitarse a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto.

e. El responsable del fichero o tratamiento deberá tramitar la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición ejercida por el afectado aún cuando el mismo no hubiese utilizado el procedimiento establecido al efecto, siempre que el interesado haya utilizado un medio que permita acreditar el envío y la recepción de la solicitud, y ésta reúna los requisitos formales de acceso que se detallan en la presente Circular.

4.2. Usos de la historia clínica por personal del Sescam.

4.2.1. Usos de la historia clínica por profesionales asistenciales del centro.

Los profesionales asistenciales de los centros sanitarios que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

Los profesionales asistenciales únicamente deben acceder a las historias clínicas de los pacientes a los que estén tratando. Como regla general, tendrán acceso a la HC completa.

En todo caso, los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes utilizando, al efecto, los dispositivos, aplicaciones y procedimientos normalizados del Sescam.

4.2.2. Usos de la historia clínica por el personal de inspección.

El personal debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes, usuarios, o con la propia Administración sin que sea preciso recabar el previo consentimiento del paciente.

4.2.3. Usos de la historia clínica por personal no sanitario, de administración, gestión y trabajo social.

El personal no sanitario, de administración, gestión y trabajo social de los centros sanitarios y de los servicios administrativos del Sescam (servicios Centrales y Oficinas Provinciales de Prestaciones) tendrá acceso a los datos de la historia clínica estrictamente necesarios para el ejercicio de sus funciones quedando, en todo caso, sujetos al deber de secreto.

4.2.4. Usos de la historia clínica por los Comités de Ética Asistencial (CEA's) del Sescam.

El acceso a historias clínicas por parte de los profesionales integrados en los CEA's del Sescam deberá articularse de modo que quede garantizado el anonimato del paciente. En caso de que esto no sea posible, el uso de la HC para el desarrollo de las funciones del CEA deberá limitarse a los datos adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con las funciones atribuidas a estos Comités.

4.3. Acceso a la historia clínica por el paciente o sus representantes.

4.3.1. Acceso a la historia clínica por el propio paciente

El paciente, a partir de los 14 años, es el titular del derecho de acceso a su historia clínica y puede obtener copia de los informes y datos que figuren en ella, con los límites que se detallan en el apartado 4.3.7 de la presente Instrucción.

En este punto se sigue el criterio del Real Decreto 1720/2007 y de la Agencia Española de Protección de Datos recogido en su Informe nº 409/2004 que, con fundamento en el art. 162.1 del Código civil excluye de la representación legal de la patria potestad todos aquellos actos relativos a los derechos de la personalidad que el menor de edad pueda realizar por sí solo de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez. Considerando que el acceso a la historia clínica es un derecho personalísimo, se entiende, de conformidad con lo dispuesto en nuestra legislación civil, que el paciente, a partir de los 14 años, goza de las condiciones de discernimiento y madurez suficientes para realizar por sí mismo actos en la vida civil.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, permiso de conducir o pasaporte). Las solicitudes enviadas por correo deberán ir acompañadas de fotocopia compulsada del documento o documentos oficiales.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, y especificar los documentos o información que se solicita.

b) Información y documentos a facilitar:

Cuando se estime la petición de acceso, se entregará al interesado una copia de los documentos que contengan la información solicitada, con excepción de los datos o documentos a los que se refiere el apartado 4.3.7 de la presente Instrucción.

El acceso a la documentación clínica solicitada será gratuito. La información se facilitará al interesado a través del procedimiento que resulte más adecuado (visualización en pantalla, escrito, copia o fotocopia remitida por correo, certificado, fotocopia, correo electrónico, etc...) garantizando en todo caso la seguridad y la confidencialidad de la comunicación.

En ningún caso se entregará documentación original de la historia clínica.

4.3.2. Acceso a la historia clínica por persona autorizada por el paciente

El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercitarse también a través de un representante debidamente acreditado.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad de la persona autorizada mediante documento oficial (DNI, carné de conducir o pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Acreditar la identidad del paciente mediante documento oficial (DNI, carné de conducir, pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso que la solicitud se envíe por carta.
- Aportar escrito original de la autorización con firma manuscrita del paciente o apoderamiento notarial. La autorización será específica e inequívoca para el ejercicio de este derecho y para este caso en concreto, sin que resulten válidos los poderes "generales para pleitos". En todo caso se deberá detallar de forma específica en qué términos se autoriza la representación.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, y especificar los documentos o información que se solicita.

b) Información y documentos a facilitar:

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b)

4.3.3. Acceso a la historia clínica de pacientes menores de 14 años.

En el caso del paciente menor de 14 años, pueden solicitar el acceso a su historia clínica los padres que ostenten la patria potestad y, en su caso, el tutor, el Defensor Judicial o la Entidad pública que tenga asumida la guarda o tutela del menor.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir, pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Acreditar la representación legal en virtud de la cual se pretende el acceso a la historia clínica del menor:
 1. Si los solicitantes son los padres (uno o los dos, conjuntamente) deberán presentar el libro de familia.
 2. La separación judicial o el divorcio no determinan por sí solos la privación de la patria potestad. Así pues, ambos padres, con independencia del régimen de custodia fijado, mantendrán el derecho de acceso a la historia clínica de sus hijos en tanto no conste al centro sanitario que uno o ambos han sido privados de la patria potestad mediante resolución judicial.
 3. Si los solicitantes son el tutor, el Defensor Judicial o la Entidad pública correspondiente, la acreditación de la representación legal del menor se efectuará mediante la presentación de la sentencia o resolución judicial que la declare.
- Acreditar la identidad del paciente a través de documento oficial.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, especificar los documentos o información que se solicita y justificar los fines de la petición de acceso.

b) Información y documentos a facilitar:

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b)

4.3.4. Acceso a la historia clínica de pacientes legalmente incapacitados.

En los supuestos de personas mayores de 14 años que hayan sido incapacitadas mediante resolución judicial, el acceso a su historia clínica se facilitará a la persona que ostente su representación legal.

El Servicio de Atención al Paciente comunicará al incapacitado la presentación de la solicitud, así como la información o relación de los documentos a los que se pretende acceder.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir, pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Acreditar la identidad del paciente mediante documento oficial y su incapacitación mediante sentencia.
- Acreditar la representación legal mediante la presentación de la sentencia o resolución judicial que la declare.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, especificar los documentos o información que se solicita y justificar los fines de la petición de acceso.

b) Información y documentos a facilitar:

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b)

4.3.5. Acceso a la historia clínica de pacientes incapacitados de hecho.

En los casos de personas mayores de 14 años de edad que sufren una falta de capacidad real, no declarada judicialmente, pero sí valorada por un facultativo y acreditada mediante el correspondiente informe, se facilitará el acceso a la documentación clínica a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir o pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Acreditar la incapacidad natural o de hecho del paciente mediante informe médico.
- Acreditar la relación de parentesco o vínculo de hecho mediante libro de familia, certificados de registro y/u otros documentos que justifiquen la existencia de una relación análoga a la conyugal o familiar.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, especificar los documentos o información que se solicita y justificar los fines de la petición de acceso.

b) Información y documentos a facilitar:

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b)

4.3.6. Acceso a historias clínicas de pacientes fallecidos.

En caso de fallecimiento del paciente, se facilitará el acceso a la historia clínica a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

También se facilitará el acceso a un tercero motivado por un riesgo para su salud. En este caso el solicitante deberá justificar razonadamente los fines del acceso mediante la presentación del certificado o informe médico de existencia de un riesgo para su salud. Este acceso se limitará a los datos estrictamente necesarios.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir o pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Acreditar la identidad del paciente mediante documento oficial y su fallecimiento mediante el correspondiente certificado de defunción.
- Acreditar la relación de parentesco o vínculo de hecho mediante libro de familiar, certificados de registro y/u otros documentos que acrediten la existencia de una relación análoga a la conyugal o familiar.
- En caso de acceso por riesgo para la salud, acreditarlo mediante los informes médicos o documentación complementaria adecuada.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, especificar los documentos o información que se solicita y justificar los fines de la petición de acceso.

b) Información y documentos a facilitar:

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b) con las siguientes particularidades:

- El acceso a la historia clínica de un paciente fallecido se limitará exclusivamente a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni aquella que perjudique a terceros.

- Una vez acreditado el riesgo, a juicio del médico responsable, se dará acceso al solicitante en la medida que resulte necesario.

4.3.7. Límites al acceso a la documentación de la historia clínica.

El derecho de acceso del paciente (y de sus representantes legales o voluntarios) a la documentación de la historia clínica está sujeto a una serie de límites legales.

El acceso a las historias clínicas por parte de los pacientes no incluirá la siguiente información:

a) La que afecte al derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que consten en la historia clínica recogidos en interés terapéutico del paciente.

b) Las anotaciones subjetivas de los profesionales participantes en su elaboración respecto de las cuales éstos podrán oponer su reserva al derecho de acceso.

A los efectos previstos en la presente Circular, se consideran anotaciones subjetivas únicamente aquellas que puedan encuadrarse en alguno de los siguientes apartados:

- Valoraciones sobre hipótesis diagnósticas no demostradas.
- Sospechas acerca de incumplimientos terapéuticos.
- Sospechas de tratamientos no declarados.
- Sospechas de hábitos no reconocidos.
- Sospechas de haber sido víctima de malos tratos.
- Comportamientos insólitos.

Los profesionales sanitarios deberán abstenerse de realizar en las historias clínicas anotaciones que carezcan de interés para el manejo de los problemas de salud por el mismo u otro profesional.

c) Aquella de la que el paciente hubiera sido privado debido a la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica siempre que así conste en la historia clínica de forma expresa.

Las limitaciones al acceso a la historia clínica a la que se refieren los apartados a) y c) serán comprobadas por el Servicio de Admisión y Documentación clínica o unidad equivalente.

En caso de acceso a historias clínicas en formato papel, y con el fin de hacer posible el derecho de reserva de las anotaciones subjetivas, el Servicio de Documentación Clínica o unidad equivalente comunicará a los profesionales o servicios que hubieran participado en su elaboración que disponen de un plazo de diez días naturales para que puedan realizar su propuesta de reserva. Transcurrido este plazo sin haber recibido la propuesta, se entenderá que no existe reserva por parte de los profesionales o Servicios interesados y se procederá a la tramitación ordinaria de la solicitud.

La propuesta de reserva, en caso de que se formule, será valorada por el Servicio de Documentación Clínica o unidad equivalente a los efectos de decidir si se limita el acceso del paciente a aquella información que se corresponda con el concepto de anotación subjetiva del apartado b) de la presente Instrucción.

En caso de historias clínicas en formato electrónico, el acceso al contenido de las mismas no incluirá, con carácter general, el apartado reservado para las anotaciones subjetivas, salvo que los facultativos o servicios interesados lo permitan.

En la resolución que autorice el acceso se harán constar las limitaciones legales a las que está sujeta la entrega de documentación clínica de acuerdo al modelo que figura como anexo II a la presente Circular.

4.4. Cesión de datos de la historia clínica por terceras personas.

4.4.1. Cesión de datos por motivos epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia.

La Ley permite la cesión a la información clínico-asistencial con fines epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia. En estos casos no será preciso el consentimiento previo del interesado siempre que los datos de identificación personal del paciente estén debidamente disociados de aquellos que tienen carácter clínico-asistencial y la información se limitará estrictamente a los fines específicos de cada caso.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir o pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Cuando el solicitante intervenga en representación de una entidad pública o privada, deberá acreditar dicha representación mediante escritura pública o poder notarial otorgado al efecto y presentar, asimismo, la escritura o

documento de constitución, estatutos o acto fundacional, en el que constaren las normas por las que se regula su actividad, inscritos, en su caso, en el correspondiente Registro Oficial.

- Acreditar documentalmente los fines y justificación del estudio o trabajo de investigación de que se trate.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, y deberá especificar los documentos o información que se solicita.

b) Información y documentos a facilitar

Se facilitarán copias de los documentos estrictamente necesarios para los fines solicitados (epidemiológicos, docentes o de investigación) con disociación entre los datos de identificación personal del paciente o pacientes afectados, y los clínico asistenciales.

En el caso que el paciente o pacientes afectados hubiesen otorgado su consentimiento para no disociar los datos, dicho consentimiento expresado por escrito será objeto de archivo junto a la historia clínica en el Servicio de Documentación clínica o unidad equivalente. En este último supuesto, el personal que acceda a estos datos no disociados queda sujeto al deber de secreto.

4.4.2. Cesión de datos al Ministerio Fiscal, Jueces o Tribunales, Defensor del Pueblo y Tribunal de Cuentas.

La Ley permite la cesión de datos y documentos de la historia clínica sin que sea preciso el previo consentimiento de la persona o personas afectadas cuando los destinatarios de esta cesión sean el Ministerio Fiscal, los Jueces o Tribunales, el Defensor del Pueblo, el Tribunal de Cuentas o instituciones autonómicas análogas, en el ejercicio de sus funciones.

Como regla general, los datos de identificación personal del paciente han de estar separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Sin embargo cuando el juez o tribunal consideren imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, se deberá dar cumplimiento a la resolución judicial.

a) Requisitos

- Motivar el objeto de la petición y/o el proceso correspondiente.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

A los efectos de que el acceso a los datos y documentos de la historia clínica quede limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso, se podrán solicitar del órgano peticionario las aclaraciones que se estimen pertinentes conforme al modelo que figura como anexo VIII a la presente Circular.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b) con las siguientes limitaciones:

Cuando sean los Jueces y Tribunales de Justicia los que soliciten el acceso a la historia clínica de un paciente, deberán entregarse en su totalidad las apreciaciones, observaciones y anotaciones subjetivas de los profesionales, si bien se advertirá acerca de su existencia a fin de que se valore su trascendencia en el proceso.

4.4.3. Cesión de datos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

A los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en el ejercicio de sus funciones, se les podrá ceder los datos y documentos de la historia clínica sin que sea preciso el previo consentimiento de la persona o personas afectadas, siempre que la obtención de aquéllos sea necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales en los supuestos en que sea absolutamente necesario para los fines de una investigación concreta.

En caso contrario, es decir, si los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad solicitantes no pueden justificar la necesidad inmediata de acceso a la historia clínica con tales fines, deberán aportar la correspondiente orden judicial.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante en su condición de miembro de las fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Acreditar que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de las infracciones penales, y que sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación concreta.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b) con las siguientes limitaciones:

A los efectos de que el acceso a los datos y documentos de la historia clínica quede limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso, se podrán solicitar del órgano petionario las aclaraciones que se estimen pertinentes.

4.4.4. Cesión de datos a las compañías aseguradoras.

A las compañías aseguradoras que deban responder en virtud de un contrato de seguro del coste del acto médico realizado por un centro sanitario perteneciente a la red del Sescam, se le cederán exclusivamente aquellos datos clínicos del paciente que resulten precisos para proceder al abono del gasto sanitario efectivamente llevado a cabo, sin necesidad de recabar el previo consentimiento del paciente.

En este punto se sigue el criterio del Gabinete Jurídico de la Agencia Española de Protección de Datos (Informe de fecha 21 de julio de 2004).

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir o pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Cuando el solicitante intervenga en representación de una entidad privada, deberá acreditar dicha representación mediante escritura pública o poder notarial otorgado al efecto y presentar, asimismo, la escritura o documento de constitución, en el que constaren las normas por las que se regula su actividad, inscritos, en su caso, en el correspondiente Registro Oficial.
- Acreditar documentalmente el contrato o póliza de seguro suscrito con el paciente que justifica la petición de acceso.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, y deberá especificar los documentos o información que se solicita.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b). Únicamente se facilitarán los datos que resulten precisos para el abono del coste de la asistencia sanitaria dispensada.

4.4.5. Cesión de datos a los centros sanitarios privados concertados con el Sescam.

A los centros sanitarios privados concertados con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se les cederán, con fines asistenciales, los datos contenidos en la historia clínica de los pacientes derivados sin necesidad de recabar su consentimiento.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial (DNI, carné de conducir, pasaporte) o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por correo.
- Acreditar documentalmente la derivación del paciente por parte del Sescam mediante el correspondiente informe clínico.
- Motivar razonadamente la necesidad del acceso a los documentos que se solicitan.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.
- En los casos de historia clínica electrónica los profesionales sanitarios del centro concertado accederán directamente a la documentación que precisen. A tal efecto el Sescam les facilitará un código de usuario y/o clave personal, durante el tiempo de vigencia del concierto sanitario.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b).

4.4.6. Cesión de datos a los centros sanitarios pertenecientes al Sescam o a otros Servicios Autonómicos de Salud

Los profesionales asistenciales responsables de diagnóstico y tratamiento de un paciente que, en el ejercicio de sus funciones asistenciales en centros sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, soliciten a otro centro sanitario del Sescam, la historia clínica de dicho paciente, se les cederán sin necesidad de su autorización de conformidad con lo dispuesto en el art. 10.5 del Real Decreto 1720/2007.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del profesional solicitante mediante documento oficial o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Identificar al paciente cuya historia clínica se solicita.

- Motivar razonadamente la necesidad del acceso a los documentos que se solicitan.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.
- En los casos de historia clínica electrónica el acceso por los profesionales asistenciales del Sescam se efectuará directamente mediante su clave de acceso.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b). La entrega de la documentación solicitada incluirá las observaciones y anotaciones subjetivas de los profesionales que atendieron al paciente a lo largo de su proceso asistencial.

4.4.7. Cesión de datos a una entidad gestora o colaboradora de la seguridad social para el reconocimiento de prestaciones económicas.

En los procedimientos de declaración de la incapacidad permanente, a efectos de las correspondientes prestaciones económicas de la Seguridad Social, así como en lo que respecta al reconocimiento y mantenimiento del percibo de las prestaciones por incapacidad temporal, orfandad o asignaciones por hijo a cargo, se entenderá otorgado el consentimiento del interesado o de su representante legal a efectos de la remisión, por parte de las instituciones sanitarias, de los informes, documentación clínica, y demás datos médicos estrictamente relacionados con las lesiones y dolencias padecidas por el interesado que resulten relevantes para la resolución del procedimiento, salvo que conste oposición expresa y por escrito de aquéllos.

Las Entidades Gestoras o las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en el ejercicio de sus funciones de reconocimiento y control de las prestaciones podrán solicitar la remisión de los partes médicos de incapacidad temporal expedidos por los servicios públicos de salud, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y las empresas colaboradoras, a efectos del tratamiento de los datos contenidos en los mismos.

En estos casos el consentimiento del interesado o de su representante legal se entenderá otorgado a los efectos de la remisión por parte de las instituciones sanitarias de la documentación a que se refiere el apartado anterior.

En aquellos casos en que exista oposición por parte del paciente a la cesión de sus datos sanitarios, la misma deberá constar de forma expresa y por escrito. En estos casos, el centro sanitario responsable del archivo y custodia de la historia y documentación clínica de los pacientes, comunicará por escrito dicha oposición y la no remisión de los documentos solicitados.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante documento oficial o fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta y acreditar la representación en cuya virtud se actúa.
- Presentar la autorización del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de constitución de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o el certificado de inscripción en el correspondiente registro oficial.
- Identificar al paciente cuya historia clínica se solicita.
- Motivar razonadamente la necesidad del acceso a los documentos que se solicitan.
- La solicitud deberá contener una dirección a efectos de notificaciones, fecha y firma, y deberá especificar los documentos o información que se solicita.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 4.3.1.b). Únicamente se entregarán copias de los documentos o datos estrictamente relacionados con las lesiones y dolencias padecidas por el interesado que resulten relevantes para la resolución del procedimiento.

5. Tramitación de solicitudes.

A efectos de la presente Circular, los titulares de las Direcciones-Gerencias de Área, Atención Primaria, Atención Especializada, y de Urgencias, Emergencias, y Transporte Sanitario tendrán la consideración de encargados del tratamiento y deberán atender, por cuenta del responsable de los ficheros (la Dirección-Gerencia del Sescam), las solicitudes de ejercicio de los derechos de acceso, cesión, rectificación, cancelación u oposición de datos de carácter personal.

Los encargados del tratamiento podrán delegar en los responsables de los servicios o unidades de Documentación Clínica la firma de las resoluciones de los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, cesión, rectificación, oposición y cancelación conforme al modelo que figura como anexo IX a la presente Circular.

5.1 Tramitación de solicitudes de acceso.

Las solicitudes de acceso y petición de copias de la historia clínica se formularán por escrito, conforme al modelo que figura como anexo I ante el Servicio de Atención al Usuario (o unidad equivalente) sin perjuicio de lo previsto en el art. 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

También podrán utilizarse los modelos de solicitud disponibles en las Oficinas de Registro o en la página web institucional de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (www.jccm.es)

Las solicitudes podrán presentarse mediante comparecencia personal del interesado, por correo, fax o burofax y deberán ir acompañadas de la documentación requerida en cada caso, según los criterios fijados en la presente Circular.

Acreditado el cumplimiento de los requisitos, el Servicio de Atención al Usuario (o unidad equivalente) remitirá la solicitud al Servicio de Documentación Clínica o unidad que desarrolle las funciones de archivo y gestión de la documentación clínica en el correspondiente centro, siendo dicho Servicio o unidad la competente para:

- a) Tramitar el procedimiento de reserva de las anotaciones subjetivas según lo previsto en el apartado 4.3.7.
- b) Formular propuesta de resolución acerca de la estimación o desestimación de la solicitud y;
- c) Determinar la documentación que, en el primer caso, deberá facilitarse al interesado de acuerdo con el principio de proporcionalidad, que aconseja limitar el acceso y la cesión de datos a los que sean estrictamente necesarios en cada caso.
- d) Solicitar del servicio clínico que corresponda los informes o documentos que no figuren en sus archivos.

El personal sanitario o no sanitario, individualmente considerado, no podrá hacer entrega de todo o parte del historial médico de un paciente o extraer copias del sistema de historia electrónica para su entrega directa al paciente o a sus representantes, sino que deberá remitir las solicitudes de acceso que recibieran al Servicio de Atención al Usuario competente siguiendo los trámites previstos en la presente Instrucción.

5.2 Resolución de las solicitudes de acceso o cesión de datos de la Historia Clínica

El encargado del tratamiento resolverá sobre la solicitud de acceso en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de la solicitud. Transcurrido este plazo sin que se haya respondido de forma expresa a la petición de acceso el interesado podrá interponer la reclamación prevista en el art. 18 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre.

Si la solicitud de acceso fuera estimada, como regla general, se entregará, junto con la resolución, copia de los documentos solicitados. Caso de que no sea así, el acceso se hará efectivo en el plazo máximo de diez días a contar desde la notificación de la resolución.

La información deberá contener de modo legible e inteligible los datos incluidos en el fichero y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios (aquellas personas físicas o jurídicas, entidades u organizaciones públicas o privadas a las que se hubieran comunicado o se tuviera previsto ceder datos de la historia clínica) y la especificación de los usos concretos y finalidades para los que se almacenaron. La entrega de documentación está sujeta a los límites previstos en el apartado 4.3.7 y será gratuita.

La copia de la documentación solicitada o el informe clínico elaborado al efecto podrá entregarse en mano al solicitante, quién dejará constancia expresa de su recepción, o bien se enviará por correo certificado si se trata de documentos contenidos en soporte papel y así lo solicitó el ciudadano. En los casos de visualización directa de documentos, se dejará constancia, en todo caso, de la fecha y documentos facilitados.

En las actuaciones de la Policía Judicial en el marco de la Ley 38/2002 de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (juicios rápidos) se entregará al agente judicial que actúe en el caso el parte de lesiones o informe relativo a la asistencia prestada en sobre cerrado dirigido al Juzgado, y con el nombre de la persona atendida en el exterior.

El responsable del tratamiento podrá denegar el acceso, conforme al modelo que figura como anexo III, en los siguientes casos:

1. Por falta de legitimación o por no estar acreditada la representación del solicitante.
2. Cuando no disponga de los datos que se solicitan.
3. Cuando el solicitante haya ejercitado su derecho de acceso en los doce meses anteriores, salvo que acredite un interés legítimo.
4. Cuando una norma jurídica impida al responsable del tratamiento revelar los datos a que se refiera el acceso.

5.3 Tramitación de las solicitudes de oposición, rectificación o cancelación.

Las solicitudes de rectificación, oposición o cancelación de datos de la historia clínica se formularán por escrito, conforme a los modelos que figuran como anexos IV y V ante el Servicio de Atención al Usuario (o unidad equivalente) sin perjuicio de lo previsto en el art. 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

También podrán utilizarse los modelos disponibles en las Oficinas de Registro o en la página web institucional de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (www.jccm.es)

Las solicitudes podrán presentarse mediante comparecencia personal del interesado, por correo, fax o burofax y deberán ir acompañadas de la documentación requerida en cada caso, según los criterios fijados en la presente Circular.

Acreditado el cumplimiento de los requisitos, el Servicio de Atención al Usuario (o unidad equivalente) remitirá la solicitud al Servicio de Documentación Clínica o unidad que desarrolle las funciones de archivo y gestión de la documentación clínica en el correspondiente centro, para su resolución.

5.4 Resolución de las solicitudes de oposición, rectificación o cancelación.

En los casos de solicitudes de oposición, rectificación o cancelación de datos el plazo para dictar resolución expresa es de diez días a contar desde la fecha de recepción de la solicitud.

En caso de solicitudes de rectificación de datos erróneos o de cancelación es necesario que el interesado aporte copia de los documentos justificativos. Si la rectificación solicitada depende exclusivamente del consentimiento del interesado no será necesario que éste aporte documentación alguna.

Si se considerase que procede acceder a lo solicitado, se dictará resolución dentro del plazo de 10 días conforme al modelo que figura como anexo VI y se procederá a la rectificación, bloqueo o cesación en el tratamiento de los datos.

Si se considera que no procede acceder a lo solicitado, se dictará resolución motivada dentro del plazo de diez días conforme al modelo que figura como anexo VII.

Transcurrido dicho plazo sin haberse notificado resolución expresa, dicha solicitud podrá entenderse denegada y el interesado podrá interponer la reclamación prevista en el art. 18 de la LOPD (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre)

Si los datos rectificados o cancelados hubieran sido cedidos a terceros, se deberá notificar también a éstos la rectificación o cancelación para que operen de la misma forma.

En caso de historia clínica electrónica, y con independencia del derecho de rectificación o cancelación del titular, advertida la existencia de datos inexactos, en todo o en parte, o incompletos, el profesional responsable solicitará la modificación a la Dirección General de Atención Sanitaria a través de los cauces establecidos en la correspondiente aplicación informática.

5.5 Notificaciones.

En cumplimiento de lo previsto en el art. 6.3 del Decreto 104/2008, de 77 de julio, de protección de datos de carácter personal de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, los servicios o unidades de documentación clínica informarán de la recepción de las solicitudes de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación a la Secretaría General del Sescam para que ésta informe a su vez a la Consejería competente en materia de Protección de Datos.

6. Conservación, custodia, expurgo y destrucción de la documentación clínica

6.1. Condiciones de la conservación.

Cada centro sanitario archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) en el que consten.

Los ficheros de historia clínica electrónica quedarán almacenados en el sistema informático.

La conservación de la documentación clínica deberá garantizar la preservación de la información y no necesariamente del soporte original.

La conservación debe garantizar que queden registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procedimiento no autorizado.

6.2. Plazos de conservación.

Los centros sanitarios deben conservar la documentación obrante en la historia clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento, confidencialidad y seguridad, para la debida atención al paciente, durante al menos cinco años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, o desde el fallecimiento del paciente.

Transcurrido dicho plazo, si los documentos, a juicio del facultativo o servicio correspondiente, no fueran relevantes de cara a la asistencia sanitaria y no tienen interés a efectos de salud pública, realización de estudios epidemiológicos o de investigación, se podrá proceder a su destrucción de conformidad con un proceso de eliminación seguro y con garantías de confidencialidad.

Se conservará indefinidamente aquella información que se considere relevante a efectos preventivos, epidemiológicos, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En tales casos, siempre

que sea compatible con los fines perseguidos, se despersonalizarán los datos al objeto de impedir la identificación directa o indirecta de los sujetos implicados. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente.

6.3. Criterios de seguridad de la historia clínica:

Los procedimientos a aplicar en relación al uso y custodia de la historia clínica deben garantizar plenamente el derecho del paciente a su intimidad personal y el deber de guardar secreto para quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica.

Estos criterios y medidas de seguridad se contienen en el Documento de Seguridad aprobado por Resolución de 19 de septiembre de 2008 y publicado en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha nº 205 de fecha 6 de octubre de 2008.

Por otro lado, el Sescam mantiene, a disposición de todos los trabajadores con acceso a datos protegidos, un documento explicativo de sus funciones y obligaciones en relación con la normativa sobre protección de datos que se encuentra accesible en: <http://aplicaciones.sescam.jclm.es/lopd/doc/lopd.pdf>

En concreto, y en relación con el uso y custodia de la historia clínica, se establecen las siguientes pautas de conducta:

6.3.1. Cada HC es única y tendrá un número de identificación único para cada paciente del centro. Cuando finalice el proceso de implantación de la HC electrónica ésta será única para cada paciente y para toda la red asistencial del Sescam. En todo caso, la HC recogerá toda la información integrada y acumulativa relativa al curso clínico del paciente.

6.3.2. En cada HC deberá incorporarse la constancia de que se ha facilitado al paciente la hoja de información en relación a sus derechos sobre los datos personales contenidos en su HC, con el correspondiente acuse de recibo.

6.3.3. Las HC estarán custodiadas en un archivo único. Sin embargo, puede preverse la existencia de un archivo pasivo, físicamente diferenciado del archivo activo, en el cual podrán ubicarse las HC correspondientes a pacientes sin contacto con el centro durante un determinado periodo.

6.3.4. En aquellos casos en que el archivo de HC pasivas se encuentre fuera de las dependencias del centro deberán garantizarse unas medidas de seguridad idénticas a las que existieran en el propio centro.

6.3.5. En aquellos casos en que el archivo de HC pasivas se encuentre fuera de las dependencias del centro y gestionado por una empresa externa, deberá ser formalizado por escrito un contrato que regule expresamente el deber de confidencialidad del depositario de las HC así como también el resto de las obligaciones como encargado del tratamiento por cuenta de terceros

6.3.6. Cada centro deberá establecer un responsable de archivo de HC, que deberá velar por el adecuado cumplimiento de los sistemas de archivo, control e información, que deberán ser adecuados a las características y dimensiones del centro.

6.3.7. El acceso al archivo de HC deberá encontrarse limitado al horario en que el personal de archivo pueda ejercer los controles previstos. Fuera de este horario, el acceso al archivo estará restringido y controlado. Cualquier acceso al archivo fuera del horario habitual, deberá ser anotado en un registro creado al efecto.

6.3.8. El archivo de HC contará con medidas de seguridad física apropiadas.

6.3.9. En cualquier entrega interna de una HC, debe quedar constancia de la persona que efectúa la petición, o del motivo que justifica el flujo de las HC por razones organizativas y de programación de actos clínicos que requieren el acceso a las mismas.

6.3.10. Las salidas de HC del archivo deberán anotarse en un libro registro, con la información suficiente para permitir su seguimiento. En el mismo libro registro deberá anotarse también la fecha de devolución de la HC

6.3.11. Las solicitudes de HC de pacientes que en el momento de la solicitud no estén siguiendo un curso clínico, deberán ser debidamente justificadas.

6.3.12. La devolución de las HC al archivo debe realizarse inmediatamente después de la circunstancia que motivó su petición.

6.3.13. Durante el periodo en que la HC se encuentra fuera del archivo central, deberán establecerse unas medidas de seguridad mínimas que permitan restringir el acceso de personas no autorizadas.

6.3.14. Las HC únicamente serán canceladas una vez transcurrido el plazo previsto por la normativa vigente.

Séptima.- Adaptación a las medidas de seguridad del RD 1720/2007.

La implantación de las medidas de seguridad previstas en el Real Decreto 1720/2007 deberá producirse con arreglo a las siguientes reglas:

7.1 Respecto de los ficheros automatizados de historia clínica que existieran a fecha 19 de abril de 2008:

- Antes del 19 de abril de 2009 deberán implantarse las medidas de seguridad de nivel medio.
- Antes del 19 de abril de 2010 deberán implantarse las medidas de seguridad de nivel alto.

7.2. Respecto de los ficheros no automatizados de historias clínicas que existieran en la fecha de entrada en vigor del presente real Decreto:

- Las medidas de seguridad de nivel básico deberán antes del 19 de abril de 2009.
- Las medidas de seguridad de nivel medio deberán implantarse antes del 19 de octubre de 2009.
- Las medidas de seguridad de nivel alto deberán implantarse antes del 19 de abril de 2010.

7.3 Los ficheros, tanto automatizados como no automatizados, creados con posterioridad al 19 de abril de 2008 deberán tener implantadas, desde el momento de su creación la totalidad de las medidas de seguridad reguladas en el mismo.

Octava.- Efectos.

La presente Circular sustituye y deja sin efecto a la Circular 2/2007, de 9 de febrero, será de aplicación a partir del día siguiente al de su firma.

Lo que se participa para su conocimiento y cumplimiento.

Toledo, 27 de febrero de 2009

El Director-Gerente
JUAN ALFONSO RUIZ MOLINA

ANEXO I

MODELO DE SOLICITUD DE ACCESO A DOCUMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DE _____ DE _____.

D./D^a _____ mayor de edad, con domicilio en la
C/ _____ nº _____ Localidad _____ Provincia _____
C.P. _____ con D.N.I./NIE _____ del que se acompaña fotocopia
compulsada, por medio del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de
conformidad con el art. 15 de la Ley Orgánica 15/1999.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre en situación de
incapacidad o minoría de edad).

D/ D^a _____ mayor de edad, con domicilio en la
calle _____ nº _____ Localidad _____ Provincia _____
C.P. _____ con D.N.I./NIE _____ del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente
escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder
adjunto.

SOLICITA.-

1.- Que se acceda a facilitarme gratuitamente el acceso a los documentos que a continuación se relacionan
obrantes en sus ficheros de historia clínica en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta
solicitud con la finalidad de _____
_____.

Documentación o información que se solicita:

2.- Que si la solicitud fuese estimada, se de acceso a la información en el plazo de diez días desde la
resolución estimatoria de esta solicitud.

3.- Que esta información comprenda los datos que sobre mi persona están incluidos en sus ficheros, y los
resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios
y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firmado D./Dña. _____

Nota: El derecho de acceso sólo podrá ejercitarse a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el
interesado acredite un interés legítimo al efecto.

ANEXO II
MODELO DE RESOLUCIÓN PARA LA ESTIMACIÓN DE SOLICITUDES DE
ACCESO

A la vista la solicitud de fecha _____ de acceso a datos de la historia clínica de D./Dña. _____ y según lo previsto en el art. 15 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, y en el art. 29 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, esta Dirección – Gerencia, en virtud de las competencias delegadas por Resolución de 27 de octubre de 2008, publicada en el DOCM nº 229 de 6 de noviembre de 2008,

RESUELVE

Estimar su solicitud y, en consecuencia, hacer entrega de una copia de la documentación que se acompaña, según lo previsto en el art. 27.1 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

La documentación que se acompaña está sujeta a los límites previstos en la legislación vigente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre y Ley Orgánica 15/1999)

Contra la presente Resolución podrá interponer la reclamación prevista en el art. 18 de la Ley Orgánica 15/1999.

El Responsable de la Unidad de Documentación Clínica

Por Delegación de Firma del Director Gerente de_____.

ANEXO III**MODELO DE RESOLUCIÓN PARA LA DESESTIMACIÓN DE SOLICITUDES DE
ACCESO O CESIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

A la vista la solicitud de fecha _____ de acceso a datos de la historia clínica de D./Dña. _____ y según lo previsto en el art. 15 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, y en el art. 30 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, esta Dirección – Gerencia, en virtud de las competencias delegadas por Resolución de 27 de octubre de 2008, publicada en el DOCM nº 229 de 6 de noviembre de 2008,

RESUELVE

Desestimar su solicitud por (motivación)

Contra la presente Resolución podrá interponer la reclamación prevista en el art. 18 de la Ley Orgánica 15/1999.

El Responsable del Servicio/Unidad de Documentación Clínica

Por Delegación de Firma del Director Gerente de_____.

ANEXO IV

MODELO DE SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS INEXACTOS O INCOMPLETOS INCLUIDOS EN EL FICHERO DE HISTORIA CLÍNICA**A LA DIRECCIÓN GERENCIA DE _____ DE _____.**

D./D^a _____ mayor de edad, con domicilio en la C/ _____ nº _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____ con D.N.I./NIE _____ del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de rectificación, de conformidad con el art. 16 de la Ley Orgánica 15/1999.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad).

D/ D^a _____ mayor de edad, con domicilio en la calle _____ nº _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____ con D.N.I./NIE _____ del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto.

SOLICITA.-

1. Que se proceda gratuitamente a la efectiva corrección en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, de los datos inexactos o incompletos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros. Los datos que hay que rectificar se enumeran en la hoja adjunta, haciendo referencia a los documentos que se acompañan a esta solicitud y que acreditan, en caso de ser necesario, la veracidad de los nuevos datos.
2. Que me comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada la rectificación de los datos una vez realizada.
3. Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que la rectificación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez días indicado.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado D./Dña. _____

DATOS QUE DEBEN RECTIFICARSE

Dato incorrecto

Dato correcto

Documento acreditativo

1.

2.

3.

4.

5.

ANEXO V
MODELO DE SOLICITUD DE OPOSICIÓN O CANCELACIÓN DE DATOS
INCLUIDOS EN EL FICHERO DE HISTORIA CLÍNICA

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DE _____ DE _____.

D./D^a _____ mayor de edad, con domicilio en la
C/ _____ n^o _____ Localidad _____
_____ Provincia _____ C.P. _____ con D.N.I./NIE _____ del que
se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito, manifiesta su deseo de
ejercer su derecho de cancelación/oposición, de conformidad con el art. 17 de la Ley
Orgánica 15/1999.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre
en situación de incapacidad o minoría de edad).

D/ D^a _____ mayor de edad, con domicilio en la
calle _____ n^o _____ Localidad _____ Provincia _____
_____ C.P. _____ con D.N.I./NIE _____ del que se acompaña fotocopia
compulsada, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona
arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto.

SOLICITA. (señalar la opción)

1. Que se proceda al bloqueo de los datos en el plazo de diez días desde la recepción de esta
solicitud, de cualesquiera datos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros al
no existir vinculación jurídica o disposición legal que justifique su mantenimiento. Una vez
transcurrido el plazo de prescripción de las posibles responsabilidades nacidas del
tratamiento de los datos, que se proceda a la supresión de los mismos y se me comunique
de forma escrita a la dirección arriba indicada su cancelación efectiva.

2. Que no se lleve a cabo el tratamiento de los datos o se cese en el mismo si ya se hubiere
iniciado.

Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que dicha cancelación o cesación
en el tratamiento de los datos no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y
dentro del plazo de diez días indicados.

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Firmado D./Dña. _____

ANEXO VI**MODELO DE RESOLUCIÓN PARA LA ESTIMACIÓN DE SOLICITUDES DE
RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN**

A la vista la solicitud de fecha _____ de RECTIFICACIÓN/OPOSICIÓN/CANCELACIÓN de datos de la historia clínica de D./Dña. _____ y según lo previsto en los arts. 16, 17 y 18 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, esta Dirección - Gerencia, en virtud de las competencias delegadas por Resolución de 27 de octubre de 2008, publicada en el DOCM nº 229 de 6 de noviembre de 2008,

RESUELVE

Estimar su solicitud de RECTIFICACIÓN/OPOSICIÓN/CANCELACIÓN y, en consecuencia RECTIFICAR los datos inexactos o incompletos/ no llevar a cabo o cesar en el tratamiento de sus datos relativos a _____/ SUPRIMIR los datos solicitados sin perjuicio del deber de bloqueo que establece el RD 1720/2007, de 21 de diciembre.

Contra la presente Resolución podrá interponer la reclamación prevista en el art. 18 de la Ley Orgánica 15/1999.

El Responsable del Servicio/Unidad de Documentación Clínica

Por Delegación de Firma del Director Gerente de_____.

ANEXO VII
MODELO DE RESOLUCIÓN PARA LA DESESTIMACIÓN DE SOLICITUDES
DE RECTIFICACIÓN, OPOSICIÓN Y CANCELACIÓN

A la vista la solicitud de fecha _____ de RECTIFICACIÓN/OPOSICIÓN/CANCELACIÓN de datos de la historia clínica de D./Dña. _____ y según lo previsto en los arts. 16, 17 y 18 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, esta Dirección - Gerencia, en virtud de las competencias delegadas por Resolución de 27 de octubre de 2008, publicada en el DOCM nº 229 de 6 de noviembre de 2008,

RESUELVE

Denegar su solicitud de RECTIFICACIÓN/OPOSICIÓN/CANCELACIÓN por (motivación)

Contra la presente Resolución podrá interponer la reclamación prevista en el art. 18 de la Ley Orgánica 15/1999.

El Responsable del Servicio/Unidad de Documentación Clínica

Por Delegación de Firma del Director Gerente de_____.

ANEXO VIII
MODELO PARA SOLICITAR A LOS JUECES Y TRIBUNALES LA
REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS A ENVIAR EN CASO DE PETICIÓN DE
HISTORIAS CLÍNICAS.

FECHA: _____

PROCEDIMIENTO: _____

AL JUZGADO (O TRIBUNAL): _____

Recibido con fecha _____ oficio por medio del cual se requiere la remisión de la historia clínica de D/Dña _____ con DNI/NIE nº _____ y con el fin de preservar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud del interesado en todo lo que no considere que pueda tener relación con el proceso de referencia o ser relevante para el esclarecimiento de los hechos y su prueba, dado que la historia clínica puede contener datos cuya cesión resulte innecesaria, es por lo que

SOLICITO autorización para remitir a ese Juzgado (o Tribunal) únicamente la parte de la historia clínica (proceso diagnóstico o patológico objeto de investigación) que por su Señoría se estime útil y pertinente a los efectos del procedimiento de referencia, evitando así la comunicación de datos relativos a la salud del interesado que no guarden relación con lo que sea objeto del proceso o en ningún caso puedan contribuir a esclarecer los hechos controvertidos.

Fdo. El Responsable del Servicio/Unidad de Documentación Clínica

Por Delegación de Firma del Director-Gerente de _____

ANEXO IX
MODELO DE DELEGACIÓN DE FIRMA PARA EL TRATAMIENTO DE
DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

RESOLUCIÓN DE ____ DE _____ DE 2009, POR LA QUE SE DELEGA LA FIRMA DE LAS RESOLUCIONES RELATIVAS AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE ACCESO, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN Y RECTIFICACIÓN DE DATOS DE LOS FICHEROS DE HISTORIA CLÍNICA DE LA GERENCIA DE _____.

El Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, impone la obligación de dictar resolución expresa en los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos de carácter personal.

Mediante Resolución de 3 de febrero de 2009 publicada en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha nº __, el Director-Gerente del SESCAM, como representante legal y responsable de los ficheros de este Organismo, delega en los Directores Gerentes de Atención Primaria, Especializada, de Área y de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario la competencia para dictar resoluciones en los procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba su Reglamento de Desarrollo.

Con el fin de descongestionar al titular de esta competencia delegada de la tarea de suscribir innumerables actos de idéntico contenido, y para mejorar en la eficacia de la gestión, se considera conveniente delegar la firma de las mencionadas resoluciones en la persona responsable del Servicio/Unidad de Documentación Clínica de esta Gerencia.

Por lo expuesto, y de conformidad con las previsiones del artículo 16 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, dicto la siguiente,

RESOLUCIÓN:

Primero.- Se delega en la persona responsable del Servicio/Unidad de Documentación Clínica la firma de las resoluciones en los procedimientos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos personales contenidos en los ficheros de historia clínica respecto de los que esta Dirección-Gerencia actúe como encargada del tratamiento.

Segundo.- En las resoluciones que se firmen en virtud de esta delegación se hará constar la autoridad de procedencia.

Tercero.- Esta delegación se realiza sin perjuicio de que el titular de la competencia recabe para sí la firma de cualquier asunto que estime conveniente.

Cuarto.- Notifíquese esta Resolución al Servicio/Unidad correspondiente.

En _____, a ____ de _____ de 2009.

EL DIRECTOR-GERENTE DE _____

Fdo: _____
