

EL VALOR PROBATORIO DE LA HISTORIA CLÍNICA COMO DOCUMENTO PÚBLICO

Ángel García Millán

*Comité de ética asistencial Área de Salud de Talavera de la Reina
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*

SUMARIO: I. La historia clínica. II. La historia clínica como elemento probatorio en los procedimientos judiciales. III. El documento público. IV. ¿Constituye la historia clínica un documento público? La posición de los Tribunales. V. Conclusiones. VI. Bibliografía.

RESUMEN

En esta comunicación se aborda el valor probatorio de la historia clínica elaborada por instituciones públicas y la posición de los tribunales respecto a su consideración como documento público.

PALABRAS CLAVE

Historia clínica, prueba documental, documento público.

ABSTRACT

This communication addresses the evidentiary value of the medical history elaborated by public institutions and the position of the courts regarding their consideration as a public document.

KEYWORDS

Medical history, documentary proof, public document.

I. LA HISTORIA CLÍNICA

En la prestación de la asistencia sanitaria generalmente intervienen distintos profesionales en un marco de interdisciplinariedad, y se desarrolla en un entorno cada vez más tecnificado. Es una actividad compleja que abarca las vicisitudes del estado de salud durante la vida de los pacientes. Precisamente esta complejidad hace que sea impensable que no quede reflejo de las numerosas actuaciones asistenciales en algún soporte documental que permita ser consultado en caso de necesidad.

La historia clínica es la herramienta que cumple con esta función, testimoniando la relación sanitario-paciente, pues ha de contener todas las actuaciones sanitarias realizadas con el paciente, los datos relativos a su salud¹, No en vano su principal finalidad

1 SÁNCHEZ CARO, Javier, ABELLÁN Fernando.

es la de garantizar la asistencia sanitaria², a la que se suma su utilidad en docencia, investigación, calidad asistencial, salud pública e incluso para posibles fines judiciales, conservándose más allá del plazo del último proceso de alta del paciente.

La norma estatal que, dejando al margen otros antecedentes³, ha regulado con mayor detalle la historia clínica ha sido la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica de autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica (LBAP), que la define como «*el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial*» (artículo 3) y que «*comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de todos los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de un paciente, al menos en el ámbito de cada centro*» (artículo 14)⁴. Por su parte, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias dispone en su artículo 4.7 que el ejercicio de estas profesiones se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, debiendo existir «*formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él*» así como que tenderá «*a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales*».

Ahora bien, el alcance de la historia clínica va más allá de la simple descripción temporal de la evolución de la enfermedad de una persona. Contiene no sólo datos de naturaleza sanitaria (enfermedades,

tratamientos, diagnósticos, resultados de exploraciones o pruebas), sino que en su estructura conviven datos de naturaleza jurídica (como número de afiliación a la Seguridad Social o la condición en que se demanda la asistencia sanitaria)⁵ o psicosocial⁶. Comprende juicios, opiniones o valoraciones de los profesionales sanitarios que la confeccionan, así como información que éstos obtienen del paciente, sus familiares o allegados, etc. Incluye, además, otros documentos que reflejan la voluntad del paciente, tales como los consentimientos informados, el deseo de no someterse a un tratamiento, o la decisión de no ser informado, entre otros.

La LBAP también define a la documentación clínica como «*el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial*», de manera que en la historia clínica se agrupa información de muy diversa índole, pudiendo quedar reflejada en papel, registros gráficos, estudios radiológicos, vídeo, fotografías o soporte electrónico. Es, en todo caso, un conjunto dinámico en el sentido de experimentar un crecimiento a consecuencia de la asistencia que precise un usuario y el seguimiento que se le realice, ya sea con fines terapéuticos, profilácticos o epidemiológicos⁷.

II. LA HISTORIA CLÍNICA COMO ELEMENTO PROBATORIO EN LOS PROCESOS JUDICIALES.

La historia clínica, como relato de la relación asistencial, aparece como prueba preconstituida, en la que los hechos quedan registrados antes de la existencia de la causa judicial, lo cual le confiere gran utilidad para estructurar la pretensión o la defensa de las partes.

Su confección es responsabilidad de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, como lo recuerda la profusa regulación existente. El artículo 2.6 de la LBAP establece que «*todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino a cumplimiento de los deberes de información y*

² “Derechos y deberes de los pacientes” Editorial Comares. Granada 2003. P.66

³ Así se dispone en el artículo 15.2 de la 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 cuando dice: “La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”.

⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Artículo 61.

⁵ Téngase en cuenta también el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, cuyas disposiciones, a diferencia de lo dispuesto en la Ley 41/2002, son de aplicación únicamente en todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud

⁶ DE LORENZO Y MONTERO, Ricardo. “Curso de Derecho Sanitario para Médicos de Atención Primaria. Documentación clínica: la historia clínica” Ergon 2006. P. 8

⁷ AYERRA LAZCANO, José María. “Regulación general de la historia clínica”. Derecho sanitario Vol. 11 Núm. 1 Enero-junio 2003.

⁸ MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Juan. “Historia clínica”. Cuadernos de Bioética, XVII, 2006/1ª. Pág. 58.

de documentación clínica», obligación a la cual también se hace referencia en los artículos 15.3 y 17.3. Por su parte, el código de deontología médica reconoce que el médico tiene el deber y el derecho de redactarla⁸.

Esta labor recopilatoria del proceso asistencial, es realizada de primera mano por los intervinientes directos, dotándola de este modo de especial relevancia también para estructurar la demanda o defensa en un procedimiento judicial:

a) Como diligencia preliminar preparatoria de juicio, tal y como prevé el artículo 256 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LECiv) al disponer que *«todo juicio podrá prepararse por la petición de la historia clínica al centro sanitario o profesional que la custodie, en las condiciones y con el contenido que establece la ley»* (apartado 5º bis). En este caso la historia clínica aportada no tendrá la consideración de prueba, pero podrá facilitar el derecho fundamental a la prueba⁹

b) En el ámbito contencioso-administrativo, la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa establece que, ante cualquier demanda contra la Administración, el órgano judicial reclamará el expediente y la documentación administrativa al órgano autor de la disposición o acto impugnado o a aquél al que se impute la inactividad o vía de hecho (artículo 48). En caso de reclamaciones por asistencia sanitaria sin poder conocer el contenido de la historia clínica es imposible plantear demanda alguna, lo cual implica la obligación por parte de los centros sanitarios de entregar la historia clínica del paciente también en los casos de demandas por responsabilidad realizadas contra la Administración, o particulares¹⁰.

c) En fase de diligencias previas o durante la instrucción del sumario en un proceso penal la historia clínica puede ser solicitada por el órgano

judicial para diversas actuaciones (obtener información de las circunstancias de un fallecimiento o de las lesiones producidas, conocimiento de los procedimientos seguidos por los profesionales ante la posible perpetración de un delito, como cuerpo del delito en los casos de falsedad), si bien, como afirma Sarrato Martínez, *en los dos primeros supuestos puede ser innecesaria la remisión, si la cuestión de interés puede aclararse mediante otra vía, mientras que cuando se trata de una solicitud como indicio de perpetración de un delito o sus circunstancias, o como cuerpo del delito, la remisión de la historia clínica es inexcusable*¹¹.

Lo habitual es que se reclame la historia clínica completa, aunque, siguiendo un lógico criterio de eficiencia y al amparo del principio de protección de los datos de carácter personal, nada impide que el responsable de su custodia pida que se concreten cuáles son los datos que se precisan. Ahora bien, lo que no puede admitirse es que junto con la historia clínica se acompañe un informe explicativo en la medida que la Ley sólo da derecho al acceso a la historia clínica y, por otra parte, porque a través del informe explicativo se podría buscar un sucedáneo de prueba pericial y de reconocimiento de hechos desfavorables, y las medidas de exhibición no están previstas para esas otras rentabilidades adicionales (Audiencia Provincial de Madrid, Sección 14ª, Auto núm. 56/2005 de 3 marzo, JUR 2005\108748).

El valor de la historia clínica como prueba también viene dado por la aplicación de lo previsto en el artículo 217.7 de la LECiv, que respecto a la carga de la prueba establece que *«(,) el tribunal deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio»*, lo que ha venido a denominarse como la distribución dinámica de la carga de la prueba, consistente en que se obliga a aportar cada una de las pruebas a quien pueda acceder a ellas de manera más eficiente¹², esto es, a aquella parte que se encuentre en mejores condiciones de hacerlo. En lo concerniente a la aportación de la historia clínica, esta doctrina se basa en una serie de premisas:

8 Código de deontología médica, artículo 19. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2011. Disponible en https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf [con acceso el 15.09.2018]

9 GUTIÉRREZ BARRENENGOA, A “La historia clínica como prueba en el proceso judicial por responsabilidad médica”, en “Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional”. Dykinson. Madrid 2012. P.329

10 SARRATO MARTÍNEZ, Luis. “La historia clínica y su acceso con fines judiciales”. Actualidad Administrativa. Núm. 7, 1ª quincena de abril de 2008. Editorial Wolters Kluwer.

11 SARRATO MARTÍNEZ, Luis “El régimen legal de acceso a la historia clínica y sus garantías”. Revista jurídica de Castilla y León. Núm. 17. Enero 2009. Disponible en <https://bit.ly/2XJFoTr> [Con acceso 03.10.2018]

12 DOMÍNGUEZ LUELMO, Andrés. “Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica”. Editorial Lex Nova. Valladolid. Diciembre 2007. P. 118.

a) Como se ha reseñado, existe obligación de los profesionales sanitarios de documentar la asistencia al paciente.

b) El incumplimiento de esta obligación genera una dificultad probatoria adicional para el paciente.

c) Los elementos probatorios se encuentran custodiados por el médico o por los centros sanitarios, que tienen un más fácil acceso a los mismos¹³.

d) Esto atenúa el principio de hacer recaer la carga de la prueba en el paciente, desplazándola hacia el médico que se halla en mejor posición probatoria¹⁴.

Son numerosos los pronunciamientos en este sentido. El Tribunal Supremo Sala de lo Civil, en sentencia de la sala de 22 de mayo de 1998, recurso de casación número 971/1994 (RJ 1998\3991), se pronunció entendiendo que *«corresponde a los médicos y centro sanitario implicados, en función de su cercanía a las fuentes de prueba y su mejor posición para acceder a las mismas, la carga de probar que el hecho fue imprevisible y no evitable, destruyendo la presunción de culpa que genera la anormalidad de lo ocurrido, según las máximas de experiencia»*. El mismo Tribunal también sostiene que *«la inversión de la carga de la prueba se produce y juega cuando es exigible a la Administración una mayor diligencia en la aportación de pruebas, esto es, cuando faltan en el proceso informes o documentos que sólo ella podría aportar como, por ejemplo, la historia clínica»* (sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo, de 2 de enero de 2012, RJ 2012\3¹⁵).

Consecuentemente, la historia clínica, afirma Siso Martín¹⁶, *«puede estar sujeta a la posibilidad de que un juez ordene su exhibición procesal ya que reúne condiciones que la hacen codiciable: su carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinador de las distintas atenciones recibidas, así como su rigor*

científico y la presunción de veracidad de cuánto contiene. Por si fuera poco, está elaborada por los propios protagonistas de la historia. ¿Se puede pedir más a un medio probatorio?».

El ya relevante peso de la historia clínica como elemento probatorio se ha querido reforzar otorgándole un carácter de documento público cuando aquélla ha sido fruto de la labor del personal sanitario de las instituciones sanitarias públicas, con el consiguiente debate sobre si posee tal cualidad, aspecto sobre el que se han llegado a pronunciar los tribunales y que es el objeto de la presente comunicación.

III. EL DOCUMENTO PÚBLICO

En el ámbito procesal el documento es uno de los medios de prueba¹⁷, constituido por cualquier soporte documental que incorpora la expresión escrita o gráfica de un pensamiento, decisión, opinión, criterio o acto humano.

Por documento público se entiende el otorgado o autorizado con las solemnidades requeridas por la ley, por notario, escribano, secretario judicial u otro funcionario público competente, para acreditar algún hecho, la manifestación de una o varias voluntades y la fecha en que se producen¹⁸, concepto muy similar al que ofrece nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 1.216 del Código Civil (CC)¹⁹, que considera que son tales *«los autorizados por un Notario o empleado público competente, con las solemnidades requeridas por la ley»*. Estos requisitos son los que les diferencia del resto de documentos privados, que serán todos aquellos que se formalicen sin intervención de las figuras mencionadas en el artículo citado.

13 El artículo 14 de la LBAP establece que «cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información»

14 DOMINGUEZ LUELMO, Andrés. Op. Cit, P.120

15 También en sentencias de 20 de noviembre de 2012, RJ 2013\2430 y 2 de noviembre de 2007 (RJ 2008, 463).

16 SISO MARTÍN, Juan. “Responsabilidad sanitaria y la nueva configuración legal de la imprudencia médica” Madrid 2017, Disponible en <https://www.fiscal.es/documentos/20142/100242/Ponencia+Siso+Mart%C3%ADn%2C+Juan.pdf> [con acceso 3.09.2018]

17 Artículo 299 Ley 1/2000, de 7 de enero. Ley de Enjuiciamiento Civil. 1. Los medios de prueba de que se podrá hacer uso en juicio son: 1.º Interrogatorio de las partes. 2.º Documentos públicos. 3.º Documentos privados. 4.º Dictamen de peritos. 5.º Reconocimiento judicial. 6.º Interrogatorio de testigos. 2. También se admitirán, conforme a lo dispuesto en esta Ley, los medios de reproducción de la palabra, el sonido y la imagen, así como los instrumentos que permiten archivar y conocer o reproducir palabras, datos, cifras y operaciones matemáticas llevadas a cabo con fines contables o de otra clase, relevantes para el proceso. 3. Cuando por cualquier otro medio no expresamente previsto en los apartados anteriores de este artículo pudiera obtenerse certeza sobre hechos relevantes, el tribunal, a instancia de parte, lo admitirá como prueba, adoptando las medidas que en cada caso resulten necesarias.

18 OSSORIO Manuel “Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales”. Editorial Claridad. Buenos Aires 1984.

19 Real Decreto de 24 de julio de 1.889

La fuerza probatoria del documento público se prevé en el artículo 1.218 del CC, según el cual *«hacen prueba, aun contra tercero, del hecho que motiva su otorgamiento y de la fecha de éste»*. La literalidad de este precepto permite interpretar que el contenido de un documento público constituye prueba tasada, es decir, no cabría valoración de los hechos o datos que contiene, vinculando al juzgador.

La otra norma de referencia en cuanto interesa a este apartado es la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, cuyo artículo 317 enumera qué documentos tienen la consideración de públicos a efectos de prueba en el proceso, incluyendo: 1º Las resoluciones y diligencias de actuaciones judiciales de toda especie y los testimonios que de las mismas expidan los Letrados de la Administración de Justicia, 2º Los autorizados por notario con arreglo a derecho, 3º Los intervenidos por Corredores de Comercio Colegiados y las certificaciones de las operaciones en que hubiesen intervenido, expedidas por ellos con referencia al Libro Registro que deben llevar conforme a derecho, 4º Las certificaciones que expidan los Registradores de la Propiedad y Mercantiles de los asientos registrales, 5º Los expedidos por funcionarios públicos legalmente facultados para dar fe en lo que se refiere al ejercicio de sus funciones y, 6º Los que, con referencia a archivos y registros de órganos del Estado, de las Administraciones públicas o de otras entidades de Derecho público, sean expedidos por funcionarios facultados para dar fe de disposiciones y actuaciones de aquellos órganos, Administraciones o entidades.

En su artículo 319, relativo a la fuerza probatoria de los documentos públicos, indica que *«harán prueba plena del hecho, acto o estado de cosas que documenten, de la fecha en que se produce esa documentación y de la identidad de los fedatarios y demás personas que, en su caso, intervengan en ella»*.

Atendiendo a lo expuesto hasta ahora se deducen los requisitos para que un documento emitido en el seno de una Administración Pública tenga carácter de documento público:

- Estar autorizado o expedido por funcionario público, literalidad que excluiría a otros empleados públicos contratados bajo régimen laboral.
- Que el documento fuera emitido en el ejercicio de sus competencias y funciones, facultados para dar fe.

- Con las formas o solemnidades establecidas por la ley.

Sólo si se cumplen estas condiciones cabe hablar en sentido propio de “documentos públicos”. Ahora bien, el mismo artículo, en su punto 2, trata la fuerza probatoria de los documentos administrativos no comprendidos en los números 5º y 6º a los que las leyes otorguen el carácter de públicos que *«será la que establezcan las leyes que les reconozca tal carácter»*, y a falta de previsión expresa en tales leyes, *«los hechos, actos o estados de cosas que consten en los referidos documentos se tendrán por ciertos, a los efectos de la sentencia que se dicte, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado»*. Se colige que sólo aquéllos que están comprendidos en el artículo 317 y los que ostenten tal condición legalmente, podrán ser considerados documentos públicos en sentido propio. Al resto les otorga una presunción de veracidad *iuris tantum*, susceptible de ser rebatida por otros medios, referencia clarísima al principio de apreciación conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica.

En conclusión, no todo documento que se elabore por un funcionario tiene la consideración de documento público con los efectos previstos en el artículo 1.218 del CC, pues entender que la manifestación del hecho que presencia o recoge el funcionario incorporada a cualquier soporte documental tiene tal carácter, sería tanto como asumir que toda afirmación con origen en la Administración vincularía a los Tribunales, sujetos a lo contenido en aquéllos salvo acreditación de falsedad del documento. Por tanto, de ningún modo parece admisible atribuir un carácter fehaciente y valor probatorio privilegiado a todo documento oficial en el cual un funcionario en el ejercicio de sus funciones narre unos hechos, pues con ello, en las reclamaciones administrativas o judiciales, se situaría una parte en manifiesta ventaja sobre la otra²⁰

IV. ¿ES LA HISTORIA CLÍNICA DOCUMENTO PÚBLICO? LA POSICIÓN DE LOS TRIBUNALES

La respuesta al interrogante, que se plantea en el contexto de las historias clínicas elaboradas en el seno de las instituciones públicas sanitarias del

20 GONZÁLEZ CUÉLLAR, Nicolás. “La prueba” en GIMENO SENDRA, V., MORENO CATENA, V. GARBERÍ LLOBREGAT, J y GONZÁLEZ-CUÉLLAR SERRANO, N. “Derecho procesal administrativo”. Tirant lo Blanch. Valencia 1992. Pp 230-232.

Sistema Nacional de Salud, viene dada por el análisis de las normas ya citadas.

Como ya se ha apuntado, la finalidad de la historia clínica es la de facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente; además tiene trascendencia para otros fines como docencia, investigación, salud pública y judicial. La intervención de los diferentes profesionales, de distintos estamentos y especialidad ha de quedar registrada por deber ético de beneficencia hacia el paciente, pues la falta de información dificultaría o impediría dispensar con garantías los cuidados adecuados al paciente en un momento concreto²¹.

La historia clínica no tiene encaje en ninguno de los supuestos del artículo 317 de la LECiv, no está elaborada con la finalidad de dar fe pública y su redacción es llevada a cabo por profesionales que no ejercen funciones de *imperium*. Tampoco existe en el ordenamiento estatal norma que la atribuya el calificativo de documento administrativo con carácter público, pues la LBAP extiende su aplicación a profesionales y centros privados y públicos, sin distinguir en cuanto a una diferente naturaleza en virtud del ámbito en el que se elabore.

A mayor abundamiento, tanto el Código Civil como la Ley de Enjuiciamiento Civil hacen mención a la figura del *funcionario* como emisor del documento público, quien además habrá de tener encomendada la función de dar fe pública. Este requisito excluye a la historia clínica, que es elaborada por un conjunto de profesionales, de diferentes estamentos y vinculados al Sistema Nacional de Salud con diferentes regímenes jurídicos como consecuencia de la integración del conjunto de servicios y centros sanitarios, de manera que convive personal funcionario, estatutario y laboral (en este último caso incluso por la contratación de personal extracomunitario al amparo de lo previsto en el artículo 57 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley Básica del Empleo Público.

Lo que sí parece tener cabida es situar a la historia clínica en la categoría de documento oficial o administrativo, como un tercer estadio diferenciado de los documentos públicos o privados, siendo su fuerza probatoria mayor que la de un documento

privado, pero menor que la de un documento público, interpretación coherente con el artículo 319.2 de la LEC que, recordemos, parte de la certeza de los hechos, actos o estado de cosas que consten en los documentos administrativos, salvo prueba en contrario. En este caso no hay impedimento en que las historias clínicas sean confeccionadas por personal no funcionario o estatutario, siendo lo verdaderamente relevante que los profesionales presten servicios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, quedando comprendidos en el concepto de empleado público.

A continuación se ofrecen algunos pronunciamientos judiciales que muestran la posición de los tribunales en cuanto a la consideración de la historia clínica como documento público y su valor probatorio.

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil). Sentencia núm. 531/1998 de 5 junio (RJ 1998/4275)

Se reclamó a facultativos especialistas del Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Zamora el pago de indemnización, siendo la «*causa petendi*» una incorrecta operación de ligadura de trompas a la reclamante para evitar la concepción y que posteriormente quedó embarazada, dando a luz a dos niñas gemelas.

El Juzgado de 1ª Instancia estimó la demanda condenando a un facultativo a abonar indemnización y absolvió al resto de los demandados. En grado de apelación, la Audiencia confirmó esa absolución, y revocó la condena impuesta al único facultativo condenado. Ya en fase de casación, el Tribunal Supremo critica el fallo de la Audiencia, pues pese a la existencia de varias pruebas (historia clínica de la recurrente, otras pruebas documentales, de confesión y pericial), se apoyó en los datos contenidos en el historial clínico a los que consideró como hechos probados. Sin embargo, el Tribunal Supremo echa en falta el análisis previo de los datos para conformar la valoración conjunta de la prueba, lo que causa indefensión a la recurrente, pues «*no puede comprobar qué norma valoratoria de cada una de las pruebas según su naturaleza se ha seguido, o dejado de seguir, en esa labor*». Ello motiva que el Tribunal señalase que «*el error de la Audiencia ha sido estimar como intocable lo que se dice en la historia clínica, como hechos probados, sin apercibirse que tal historia no es más que el relato de un proceso médico, que puede o no ser verídico, confrontado con los demás medios probatorios. No haciéndolo, o si se ha hecho no se manifiesta cómo lo ha sido, queda la historia clínica como verdad irrefutable, lo que no puede admitirse*».

21 ANTOMÁS OSÉS, Javier. "Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011, Vol. 34, Nº 1, enero-abril. P. 73

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª). Sentencia núm. 84/2006 de 14 febrero (RJ 2006/884).

La reclamación deriva de un embarazo eutópico o intrauterino no evolutivo, el cual producía dolores y pérdidas sanguíneas a la paciente que hicieron aconsejable terapéuticamente su evacuación mediante legrado, que fue practicado pero no correctamente por quedar en el interior del útero restos del embarazo, lo que desencadenó todo un proceso que condujo al diagnóstico erróneo de embarazo extrauterino y que culminó con la práctica de una salpingectomía izquierda, esto es, la extirpación de un segmento de la Trompa de Falopio izquierda lo que se traduce de hecho en la pérdida funcional de dicho órgano.

Señala en su fundamento jurídico décimo que *«la historia clínica, aun cuando sea elaborada por médicos ligados por una relación jurídica de naturaleza pública con los servicios de salud, no tiene un carácter asimilable al de los papeles o libros privados, pero tampoco ostenta el carácter de documento público determinante de plenitud de prueba respecto de los extremos que dispone la Ley, pues, aunque quien la emita tenga la condición de funcionario, en ella se plasma la realización de actos médicos y se recogen valoraciones de reconocimiento o diagnóstico como elemento de la actividad médica para cumplir con la lex artis, y no en función del carácter funcional o no del facultativo, ni para conseguir una finalidad de constancia propia del ejercicio de la función pública, ni como expresión de la competencia o facultades reconocidas a la unidad orgánica administrativa en que se integra el titular con virtualidad para producir formalmente efectos jurídicos frente a terceros (STS de 28 de diciembre de 1979 [RJ 1979, 4663], que niega a la historia clínica, a efectos del recurso de casación, el requisito de la literosuficiencia como documento auténtico y, a efectos argumentativos, SSTS, Sala Tercera, de 17 de abril de 1996 [RJ 1996, 2964] y 10 de junio de 2003).*

El historial médico, con esto, no hace fe por sí mismo de los datos que contiene, los cuales pueden ser contrastados con los demás medios probatorios, pues no tienen carácter intocable, como declara la STS de 5 de junio de 1998 [RJ 1998, 4275], ya que la historia no es más que el relato de un proceso médico, que puede o no ser verídico, y debe ser confrontado con los demás medios probatorios, incluso, a falta de norma específica, si se les reconoce el carácter de documentos administrativos, como reconoce hoy el art. 319.2 LECiv/2000».

Tribunal Supremo, sentencia de la sala de lo contencioso-administrativo de 25 de febrero de 2009 (RJ 2009/2093).

Paciente que ingresa en la 17 semana de gestación por hijo que posteriormente presentó graves lesiones neurológicas, ocasionadas, a juicio de la reclamante, por una mala praxis médica. La demandante sostenía la tesis de la eficacia probatoria del informe médico emitido en un centro sanitario público en contra de la apreciación de la Sala de instancia anterior, fundada esencialmente en la prueba pericial practicada en el proceso.

El Tribunal lleva a cabo un análisis del valor probatorio de los documentos públicos, asumiendo la tesis procesalista que no les otorga un peso mayor a otras pruebas. Así señala que *«el Código Civil dispone en su artículo 1.218 que los documentos públicos hacen prueba aún contra terceros del hecho que motiva su otorgamiento y de la fecha de éste. Y en la jurisprudencia civil al respecto existen pronunciamientos como el de la Sentencia de 30 de octubre de 1.998 [RJ 1998, 7555] en el que se afirma que esta prueba no es necesariamente superior a otras (Sentencia de 25 de junio de 1.983; de 27 de noviembre de 1.985 [RJ 1985, 5905] y 7 de julio de 1.986 [RJ 1986, 4419]) y la veracidad intrínseca de las declaraciones contenidas en ellos puede ser desvirtuada por prueba en contrario (Sentencias de 8 de mayo de 1.973; 9 de mayo de 1.980; 15 de febrero de 1.982 y 14 de febrero y 14 de marzo de 1.983 [RJ 1983, 1474]. Y ello porque los documentos públicos son una prueba más cuyo contenido se tiene en cuenta junto con las restantes pruebas, que no tienen condición inferior. Por ello en Sentencia de 30 de septiembre de 1.995 la Sala afirmó que el valor o eficacia del documento público no se extiende a su contenido o a las declaraciones que en ellos hagan los otorgantes, pues, aunque en principio hagan prueba contra éstos y sus causahabientes, la veracidad intrínseca de las mismas puede ser desvirtuada por prueba en contrario, sin que tal medio probatorio tenga prevalencia sobre los demás, vinculando al Juez sólo respecto de su otorgamiento y de su fecha, dado que el resto de su contenido puede ser sometido a apreciación con otras pruebas, sosteniendo análoga doctrina, como recuerda la Sentencia de esta Sala de 10 de junio de 2.003 [RJ 2003, 6631], las Sentencias de lo Civil de 26 de enero de 2.001, 30 de octubre de 1.998 [RJ 1998, 7555], 11 de julio de 1.996 [RJ 1996, 5884], 18 de junio de 1.992 [RJ 1992, 5324] y 27 de marzo de 1.991 [RJ 1991, 2452].*

Y es que el artículo 1.218 del Código Civil regula con carácter general la fuerza probatoria de los documentos públicos, mas, conforme a la Sentencia de 14 de octubre de 1.993 [RJ 1993,7518]), “ello no quiere decir que tenga proyección plena y absoluta, pues son más bien demostrativos de hechos y no de su naturaleza y repercusión jurídica, cuya interpretación corresponde a los órganos judiciales cuando surge contienda procesal sobre los mismos».

«Como en la antes citada Sentencia de esta Sala [16/02/2005] se recoge, la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil, después de enumerar en el artículo 317 seis clases de documentos que considera documentos públicos, analiza en el párrafo segundo la fuerza probatoria de los documentos administrativos, y de su texto se deduce, (...), que los informes médicos expedidos en un centro sanitario público por funcionario público no son encuadrables en ninguno de los seis supuestos del artículo 317: no son resoluciones ni diligencias ni testimonios judiciales (1º), no son documentos notariales (2º), no están intervenidos por corredor de comercio colegiado (3º), no son certificaciones expedidas por Registrador de la propiedad o mercantil (4º), ni están expedidos por funcionario público legalmente habilitado para dar fe (5º y 6º). Luego el artículo 319.1 no les es aplicable».

En la misma sentencia apunta que *«por otro lado, es evidente que, (...), un centro o establecimiento sanitario público no es un órgano de la Administración pública en sentido jurídico y, por tanto, los informes médicos que se emitan en el mismo ni siquiera pueden tener la consideración de documentos público administrativo. Argumento no exento de crítica por cuanto que tales centros forman parte de la estructura del órgano administrativo que tiene atribuida la competencia para garantizar la asistencia sanitaria. Por otra parte, la historia clínica de un centro asistencial público, independientemente del régimen jurídico del personal que la redacte (funcionarial, estatutario o laboral) obra en archivos o registros de las Administraciones Públicas, sobre los que los interesados pueden ejercer los derechos de acceso previstos en el artículo 13 y 53 de la Ley 39/2015, de 31 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.*

Al margen de ello, señala que *«en definitiva, no estamos ante unos documentos fehacientes, porque no los expide un fedatario público. Tampoco estamos ante unos documentos que constituyan prueba tasada (...). Por tanto, ni siquiera cabe decir que estamos ante una prueba hipervaluada por el legislador (de*

la que sigue habiendo todavía algunos casos en nuestro derecho) que goce de mayor eficacia probatoria que las demás (en el bien entendido que la hipervaloración de una prueba determinada no implica limitación del principio de apreciación conjunta de la prueba con arreglo a las reglas de la sana crítica)».

STSJ de Castilla y León, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 3ª, con sede en Valladolid, de 13 de julio de 2012 en el recurso contencioso administrativo nº 2742/2008 (JUR 2012\272775).

«Sobre la naturaleza y fuerza probatoria de la historia clínica en un proceso, podemos señalar que, aun cuando sea elaborada por médicos ligados a los servicios públicos de salud mediante una relación jurídica de naturaleza pública, no tiene un carácter asimilable al de los papeles o libros privados pero tampoco ostenta el carácter de documento público determinante de plenitud de prueba respecto de los extremos que dispone la Ley, pues, aunque quien la emita tenga la condición de funcionario, en ella se plasma la realización de actos médicos (...). Es decir, el historial médico no hace fe por sí mismo de los datos que contiene».

Más recientemente, el **Consejo de Navarra, en Dictamen de 15 de mayo de 2017, sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración pública por asistencia sanitaria (JUR 2017\211002)**, a partir de las sentencias del Tribunal Supremo de 10 de junio de 2003, 24 de septiembre de 2004, 22 de octubre de 2009, y del contenido del artículo 317 de la LECiv, asume la doctrina de que la historia clínica no puede tener la consideración de documento público administrativo.

Así pues, el Tribunal Supremo, sobre la premisa de que la veracidad intrínseca de un documento público puede ser desvirtuada por otro medio de prueba, también se pronuncia sobre la no equiparación de la historia clínica a un documento público y, si bien se le reconoce su relevancia en procesos motivados por responsabilidad profesional, su valor como prueba habrá de confrontarse con los demás medios probatorios (informes periciales, testigos, o cualquier otra documentación que pueda ser aportada al proceso).

El mismo Tribunal Supremo en la jurisdicción penal tiene en cuenta que nuestro código penal, al tratar los delitos de falsedad documental diferencia entre documento público, oficial o mercantil (artículo 392), sin que el texto legal establezca una definición de cada uno de ellos, vacío que se ha venido cubriendo por la propia jurisprudencia.

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal) Sentencia núm. 1443/2003 de 6 noviembre. (RJ 2003\7352).

«Los documentos públicos, en sentido amplio, son los autorizados por un Notario o empleado público competente, con las solemnidades requeridas por la Ley (art. 1216 del CC), es decir los documentos notariales, los judiciales y los administrativos. Estos últimos se integran, a efectos penales, en la categoría de documentos oficiales (STS 10 de noviembre de 1993 [RJ 1993, 8496]), por lo que puede decirse, aun admitiendo la artificiosidad de la distinción, que en el delito de falsificación se califican como documentos públicos, en sentido estricto, los documentos notariales y los judiciales.

Se consideran documentos oficiales «los que provienen de las Administraciones Públicas (Estado, Comunidades Autónomas, Provincias o Municipios) para satisfacer las necesidades del servicio o función pública y de los demás entes o personas jurídico-públicas para cumplir sus fines institucionales» (Sentencia de 10 de mayo de 1999 [RJ 1999, 4971])²²».

Sentencia del Tribunal Supremo, sala de lo penal, de 10/04/2014, (RJ\2014\2189).

En el caso de un médico, funcionario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), que en el ejercicio propio de sus funciones atendió a paciente a quien examinó en dos ocasiones en distintas fechas, en la primera en la que acordó solicitar una nueva resonancia anotando personalmente en la hoja clínica suscrita al efecto “pensar en posterior cirugía C5-C6 y C6-C7”, y una última tras la cual escribió “estable. No pensamos en cirugía, de momento”. El paciente presentó previa reclamación administrativa frente al SESPA en la que reprochaba la mala praxis médica en el diagnóstico y tratamiento de las dolencias que sufría, incoándose al efecto el expediente administrativo en el curso del cual la Inspectora de Prestaciones Sanitarias recabó tanto a la Gerencia del HUCA la remisión de la historia clínica del paciente como al médico la emisión de un informe sobre la atención por él prestada al paciente. El médico, sabedor de la existencia del procedimiento y a tal fin, en fecha no determinada pero en todo caso próxima al 8 de octubre del 2008 procedió a añadir de su puño y letra en la hoja de curso clínico de fecha 17 de febrero del 2006, anteriormente citada, y a sabiendas de

su falacia, lo siguiente “advertimos que de empeorar debe de pedir consulta para cirugía. El paciente actualmente está remiso a I.Q.”

«... Esta Sala de casación acude a los elementos probatorios que sirvieron para enervar el derecho a la presunción de inocencia, a partir de los cuales (especialmente por el reconocimiento de parte del autor del añadido en la historia clínica) es evidente que lo que estaba incorporando al documento no respondía a la realidad, y tuvo por causa únicamente conseguir un justificante de su comportamiento profesional cuando le fue ordenado informar, ante la denuncia de un paciente por mala praxis médica.

(...) Así, el acusado encargado de asegurar la veracidad de los documentos que emite y custodia, incorporó anotaciones, que pretendió hacerlas pasar con fecha de 2006, cuando fueron realizadas en 2.008, y que tuvieron por causa la constancia en un documento público (historia clínica) de circunstancias que le relevaban o aminoraban una posible responsabilidad disciplinaria o patrimonial, actuando como referente, refuerzo y apoyo del informe emitido a instancia de la inspectora y por tanto era consciente de que podía tener efectos jurídicos, lo que nos indica que las frases incorporadas a la historia clínica no eran inocuas o intrascendentes.

(...) El acusado como funcionario público, no actuó con la debida diligencia, al incumplir el deber específico de asegurar la veracidad de los documentos que emite y custodia, aunque esté autorizado a realizar indicaciones subjetivas sin poseer transcendencia para la historia clínica. Mas, con las anotaciones pretendía exonerarse de una responsabilidad profesional aunque se hallara en la convicción de que no afectaban a la esencia y finalidad de la historia clínica del paciente, pero no calculó o previó que tales anotaciones practicadas podrían producir efectos jurídicos de otro orden distinto a la salud de las personas. (...)».

V. CONCLUSIONES

La historia clínica es una prueba documental que en la práctica cobra una especial relevancia, pues es el relejo de la actividad asistencial, de suerte que es un instrumento que permite establecer la estructura de las posiciones de las partes en los litigios por responsabilidad profesional derivada de asistencia sanitaria.

²² Cabe también citar las sentencias de 8/11/1999 y 4/01/2002

La historia clínica elaborada en el ámbito de las instituciones sanitarias vinculadas al Sistema Nacional de Salud no se encuentra entre los documentos previstos en la Ley de Enjuiciamiento Civil a los que atribuye la naturaleza de documentos públicos. A pesar de que la jurisprudencia viene señalando que la veracidad intrínseca de un documento público puede ser desvirtuada por otro medio de prueba, no es menos cierto que siguen gozando de cierto peso a la hora de acreditar la realidad recogida por aquél en virtud de lo establecido en el artículo 319.1 LECiv y 1.218 CC, lo que no impide al juez tener en cuenta la realidad acredita en cada uno de estos documentos.

No obstante, la historia clínica sí que puede ser considerada como documento administrativo u oficial, al que los tribunales reconocen una presunción de veracidad no absoluta, pues puede desvirtuarse por otros medios de prueba y la valoración conjunta de la prueba por parte del juzgador.

Así, lo que consta en este conjunto documental, se presume realizado, lo que obliga a quien así no lo considere, a llevar a cabo el esfuerzo de recabar elementos probatorios que lo desvirtúen. Por tanto, un historia clínica completa, no alterada ni falsificada, es considerada por los jueces como verídica, siendo en muchas ocasiones base importante en la que fundar las decisiones en materia de responsabilidad profesional.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ANATOMÁS OSÉS, Javier. “Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011, Vol. 34, Nº 1, enero-abril.
- AYERRA LAZCANO, José María. “Regulación general de la historia clínica”. *Derecho sanitario* Vol. 11 Núm. 1 Enero-junio 2003.
- CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2011. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- DE LORENZO Y MONTERO, Ricardo. “Curso de Derecho Sanitario para Médicos de Atención Primaria. Documentación clínica: la historia clínica” Ergon 2006.

- DOMINGUEZ LUELMO, Andrés. “Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica”. Editorial Lex Nova. Valladolid. Diciembre 2007.
- GIMENO SENDRA, V., MORENO CATENA, V. GARBERÍ LLOBREGAT, J y GONZÁLEZ-CUÉLLAR SERRANO, N. “Derecho procesal administrativo”. Tirant lo Blanch. Valencia 1992.
- GUTIÉRREZ BARRENENGOA, A “La historia clínica como prueba en el proceso judicial por responsabilidad médica”, en “Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional”. Dykinson. Madrid 2012.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Juan. “Historia clínica”. *Cuadernos de Bioética*, XVII, 2006/1ª.
- OSSORIO Manuel “Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales”. Editorial Claridad. Buenos Aires 1984.
- SÁNCHEZ CARO, Javier, ABELLÁN Fernando. “Derechos y deberes de los pacientes” Editorial Comares. Granada 2003.
- SARRATO MARTÍNEZ, Luis. “La historia clínica y su acceso con fines judiciales”. *Actualidad Administrativa*. Núm. 7, 1ª quincena de abril de 2008. Editorial Wolters Kluwer.
- SARRATO MARTÍNEZ, Luis “El régimen legal de acceso a la historia clínica y sus garantías”. *Revista jurídica de Castilla y León*. Núm. 17. Enero 2009. Disponible en <https://bit.ly/2XJFoTr>
- SISO MARTÍN, Juan. “Responsabilidad sanitaria y la nueva configuración legal de la imprudencia médica” Madrid 2017, Disponible en <https://www.fiscal.es/documents/20142/100242/Ponencia+Siso+Mart%C3%ADn%2C+Juan.pdf>
- SOANE RODRÍGUEZ “¿A quién pertenece la historia clínica?. Una propuesta de armonización desde el lenguaje de los derechos”. *Derecho Sanitario*. Vol. 10. Núm. 2, julio-diciembre 2002.