



PROCURADOR DEL COMÚN
DE CASTILLA Y LEÓN

Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilma. Sra. Directora de Relaciones Institucionales y Acción Exterior
C/ Santiago Alba, 1
47008 VALLADOLID

Expediente: 1828/2025

Asunto: Acceso a informe clínico / Hospital Virgen del Mirón (Soria) / Resolución
Centro directivo: Consejería de Sanidad y Bienestar Social

Ilma. Sra.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará, el motivo de la queja era el acceso a la documentación clínica relativa al ingreso hospitalario de XXX del XXX, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Virgen del Mirón (Soria).

Según manifestaciones del autor de la reclamación, el XXX se remite a la interesada por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria el informe de alta del Servicio de Psiquiatría pero, sin embargo, se alega que no se le ha entregado copia completa de su historia clínica que incluyera *“notas de evolución, medicación administrada, partes de contención, informes de guardia, parte de traslado y copia de la orden judicial de ingreso y de traslado”*.

Refiere que, pese a haber sido solicitado el acceso a dicho documento, únicamente se recibió copia del informe de alta hospitalaria, sin que se hubiera facilitado el resto de la documentación clínica generada durante el ingreso, habiendo interesado expresamente la entrega de las notas de evolución, registros de administración de medicación, partes de contención mecánica, informes de guardia, parte de traslado y copia de la autorización judicial de ingreso y de traslado.

Asimismo, se cuestiona el contenido del informe de alta al considerar que contiene diversas inexactitudes relativas a las circunstancias del ingreso, el diagnóstico, el tratamiento administrado, la evolución clínica y otras actuaciones asistenciales.



Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a nuestra solicitud de información, esa Administración autonómica remitió informe, en el que se hacía constar que la paciente ingresó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Soria el día XXX 2023, siendo trasladada en transporte sanitario al Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos (CAUBU) el XXX 2023.

Con carácter previo a dicho traslado, el XXX, se remitió el informe médico al hospital de destino a través del correo corporativo del hospital, a las 13:56 horas. Asimismo, el día del traslado se prepararon copias impresas de toda la documentación necesaria para su entrega en el hospital de Burgos, dado que ello facilita la continuidad asistencial y constituye el procedimiento habitual entre servicios de distintos hospitales.

No consta que la paciente haya solicitado formalmente copia de su historia clínica. Sí consta, sin embargo, una reclamación presentada el XXX, en la que solicita el «acceso inmediato a su documentación clínica». Dicha reclamación fue registrada con el número XXX y tramitada y contestada con fecha XXX (registro de salida de XXX), de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 40/2003, de 3 de abril, por el que se regulan las Guías de información al usuario y los procedimientos de reclamación y sugerencias en el ámbito sanitario.

Junto con la respuesta remitida se facilitó a la interesada copia de los documentos que integran la historia clínica correspondiente al ingreso en el Servicio de Psiquiatría durante el mes de XXX de 2023. La copia del informe de alta, de fecha XXX de 2023, que obra en su poder y carece de firma y sello, le fue facilitada precisamente como consecuencia de dicha reclamación y fue extraída directamente de la base de datos de su historia clínica electrónica en la aplicación JIMENA 3, constituyendo una copia auténtica.

Por tanto, se ha facilitado a la paciente el «acceso inmediato a su documentación clínica» que solicitaba, sin que conste que haya requerido documentación adicional ni reiterado su solicitud.

En cuanto al informe de alta hospitalaria, se trata de un documento cuya finalidad principal es reforzar la calidad asistencial y garantizar la continuidad de los cuidados. Por ello, incluye la información que tanto el paciente o su cuidador como los facultativos responsables (hospitalarios o de Atención Primaria) precisan, no solo para conocer el proceso que motivó el ingreso, sino también la atención que el paciente precisará con posterioridad, integrando dicho episodio en el conjunto de sus patologías.



Como ya se ha señalado, junto con la contestación a la reclamación se adjuntó una copia auténtica del informe, extraída directamente de la aplicación informática JIMENA 3. El hecho de trabajar con un sistema informático integrado en todo el ámbito de Sacyl facilita la necesaria continuidad asistencial de los pacientes, quedando el informe incorporado a la historia clínica con identificación del facultativo responsable. Como es habitual, la firma y el sello se incorporan al documento en el momento de su impresión y entrega al paciente con ocasión del alta, que en este caso tuvo lugar en el año 2023. Cuando posteriormente se solicita una copia de dicho informe, como ha sucedido en este supuesto, esta se obtiene directamente de la historia clínica electrónica, razón por la cual no incorpora firma manuscrita ni sello, sin que ello afecte a su condición de copia auténtica.

En relación con la orden de ingreso, el Complejo Asistencial Universitario de Soria recibió el Oficio de internamiento XXX, dictado por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Soria, de fecha XXX de 2023, sin que conste su revocación.

Por lo que respecta a las órdenes judiciales de internamiento involuntario, estas no forman parte del informe clínico de alta, al tratarse de actos procesales y no de documentos clínicos. No obstante, sí se incorporan a la historia clínica, dado que condicionan la asistencia sanitaria prestada.

En cuanto a las manifestaciones de la paciente relativas al tratamiento recibido y a los diagnósticos efectuados, los informes emitidos por los facultativos que la atendieron reflejan la asistencia prestada, disponiendo la reclamante, como ya se ha indicado, de copia de dicha documentación.

En lo que respecta al proceso clínico de la paciente, corresponde a los profesionales de la especialidad, en este caso al Servicio de Psiquiatría, emitir el diagnóstico correspondiente, sobre cuya base prescriben el tratamiento que consideran oportuno y adecuado a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta no solo la patología de base, sino también las posibles reagudizaciones, descompensaciones o patologías sobrevenidas que puedan concurrir en el momento del ingreso. Del mismo modo, son dichos profesionales quienes determinan las pruebas complementarias que estiman necesarias, tanto en relación con el proceso psiquiátrico como con cualquier otra patología concomitante que el paciente pueda presentar durante el ingreso.

Termina el informe señalando que resulta igualmente razonable que la recogida de la información clínica inicial en el momento del ingreso no se base exclusivamente en los datos facilitados por el propio paciente, cuando este se encuentra en condiciones de aportarlos, sino también en la información proporcionada por los familiares convivientes, quienes, en mayor o menor medida, ejercen funciones de cuidado en los supuestos de patologías crónicas, así como por las personas presentes en el momento en que se produce el episodio agudo, especialmente cuando el paciente no puede relatar lo sucedido. En este



caso, la propia paciente refiere haber presentado pérdida de consciencia y amnesia, circunstancias que justifican la necesidad de recabar información de terceras personas. Por ello, los datos aportados por los familiares se incorporan tanto a la historia clínica como al informe de alta, sin que, en principio, existan razones para cuestionar su veracidad.

A la vista de lo informado, es necesario poner de manifiesto, en primer término, que la intervención de esta Institución se circunscribe a comprobar si la Administración sanitaria ha garantizado adecuadamente el ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica reconocido en la legislación vigente y si la respuesta ofrecida a la interesada satisface las exigencias de motivación, transparencia y buena administración. No consiste, por lo tanto, en revisar la corrección científica del diagnóstico emitido, del tratamiento prescrito o de las decisiones asistenciales adoptadas durante el ingreso hospitalario, cuestiones que pertenecen al ámbito de la autonomía técnica de los profesionales sanitarios y, en su caso, al control de los órganos jurisdiccionales competentes.

El derecho de acceso a la historia clínica se encuentra reconocido en los artículos 15 y 18 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.

El artículo 15 define la historia clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial. Su finalidad es facilitar la adecuada asistencia sanitaria, dejando constancia de todas aquellas actuaciones realizadas durante el proceso asistencial.

En consecuencia, forman parte de la historia clínica todos aquellos documentos generados durante la asistencia que reflejen actuaciones clínicas o asistenciales, entre ellos, cuando existan, las hojas de evolución médica y de enfermería, las órdenes médicas, los registros de administración de medicamentos, los informes de exploraciones complementarias, los informes de guardia, la documentación relativa a medidas especiales adoptadas durante el ingreso y cualquier otro documento clínico elaborado con ocasión de la asistencia prestada.

El artículo 18 de la misma norma reconoce al paciente el derecho de acceso a la documentación contenida en su historia clínica, con las únicas limitaciones expresamente previstas en la propia norma.

La Administración sanitaria afirma haber remitido a la interesada la totalidad de la documentación integrante de la historia clínica correspondiente al episodio asistencial. Sin embargo, dicha afirmación no va acompañada de una identificación concreta de los



documentos facilitados ni de una respuesta expresa respecto de aquellos cuya ausencia denuncia la reclamante.

En efecto, la interesada manifiesta no haber recibido determinados documentos que considera integrantes de su historia clínica, tales como las notas de evolución, registros de administración de medicación, informes de guardia, documentación relativa a las contenciones mecánicas, parte de traslado y resolución judicial de internamiento.

La contestación administrativa no permite conocer con certeza si dichos documentos nunca llegaron a generarse durante el proceso asistencial, si existen pero no fueron remitidos, o si concurre alguna circunstancia legal que justifique su exclusión del derecho de acceso.

Esta falta de precisión dificulta el pleno ejercicio del derecho reconocido en la mencionada Ley 41/2002 y no resulta plenamente acorde con las exigencias de motivación que deben presidir la actuación administrativa cuando un ciudadano ejercita un derecho legalmente reconocido.

Por ello, resulta necesario que la Administración sanitaria identifique expresamente la documentación que integra la historia clínica correspondiente al episodio asistencial y, respecto de cada uno de los documentos cuya ausencia denuncia la interesada, indique si existe o no, si forma parte de la historia clínica y, en su caso, las razones jurídicas o materiales que impidan su entrega.

Por otra parte, merece especial consideración la referencia efectuada por la interesada a la eventual aplicación de medidas de contención mecánica durante el ingreso hospitalario. Esta Institución no dispone de elementos que permitan afirmar si dichas medidas fueron o no efectivamente aplicadas. No obstante, de haberse utilizado tales medidas, las mismas habrían debido quedar reflejadas en la correspondiente documentación clínica mediante los oportunos registros asistenciales, al tratarse de actuaciones relevantes desde el punto de vista clínico y asistencial. En consecuencia, resulta procedente que la Administración sanitaria aclare expresamente si existe documentación relativa a tales actuaciones y, en caso afirmativo, facilite copia de la misma en el ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica.

En otro orden de ideas, cabe señalar que la Gerencia de Asistencia Sanitaria manifiesta expresamente que el oficio judicial por el que se autorizó el internamiento involuntario fue incorporado a la historia clínica, al haber condicionado la asistencia sanitaria prestada. Es cierto que dicha resolución judicial constituye un acto procesal y no un documento clínico en sentido estricto. No obstante, desde el momento en que se incorpora a la historia clínica por resultar relevante y determinante para la asistencia sanitaria, pasa a integrar la documentación que obra en ella.



En consecuencia, salvo que concurra alguna limitación legal específica que impida su acceso, la Administración sanitaria debe informar expresamente de la existencia de dicho documento y facilitar una copia del mismo, en la medida en que forme parte de la historia clínica custodiada por el centro sanitario. Todo ello sin perjuicio de que la expedición de copias auténticas de las resoluciones judiciales corresponda al órgano judicial competente.

Respecto a la alegación relativa a la ausencia de firma manuscrita y sello en la copia del informe de alta facilitada con ocasión de la reclamación, las explicaciones ofrecidas por la Gerencia resultan coherentes con el funcionamiento de la historia clínica electrónica implantada en el Servicio de Salud de Castilla y León.

La circunstancia de que las copias auténticas obtenidas directamente del sistema informático no reproduzcan la firma manuscrita o el sello que figuraban en el documento entregado al alta no permite, por sí sola, cuestionar su autenticidad, siempre que pueda identificarse el profesional responsable del informe y quede garantizada la integridad del documento extraído del sistema de información clínica.

Gran parte de las alegaciones recogidas en la queja se refieren al contenido clínico del informe de alta, al diagnóstico emitido, a las pruebas diagnósticas realizadas, al tratamiento administrado y a la evolución reflejada durante el ingreso. La valoración de estas cuestiones corresponde exclusivamente a los profesionales sanitarios responsables de la asistencia, quienes actúan en el ejercicio de su autonomía técnica y conforme a la *lex artis* aplicable en cada caso. Por ello, esta Procuraduría carece de competencia para sustituir el criterio clínico de los facultativos por otro distinto o para pronunciarse sobre la corrección científica de los diagnósticos o tratamientos reflejados en la historia clínica.

No obstante, debe recordarse que las discrepancias del paciente con el contenido de determinados documentos clínicos no impiden que este pueda solicitar la incorporación a la historia clínica de las alegaciones, observaciones o manifestaciones que estime oportunas respecto de los hechos consignados, de conformidad con la normativa reguladora de la autonomía del paciente, sin que ello suponga la alteración de los juicios clínicos emitidos por los profesionales.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

PRIMERA: Que, de no haberse hecho ya, se proceda a revisar la solicitud de acceso formulada por la interesada, verificando expresamente qué documentos integran la historia clínica correspondiente al episodio de ingreso hospitalario comprendido entre los días XXX y XXX 2023. En particular, deberá comprobarse la



existencia de notas de evolución, hojas de tratamiento y de administración de medicación, registros de contenciones mecánicas, informes de guardia, documentación relativa al traslado y la resolución judicial que autorizó el internamiento, en caso de hallarse incorporada a la historia clínica. Asimismo, deberán facilitarse copias de los documentos existentes que integren dicha historia clínica o, si alguno de ellos no existiera, no obrara en ella o no pudiera ser entregado por concurrir alguna limitación legal, deberá comunicarse esta circunstancia de forma expresa y suficientemente motivada.

SEGUNDA: Que, en lo sucesivo, se adopten las medidas necesarias para garantizar el pleno ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica reconocido en los artículos 15 y 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, asegurando que las solicitudes de acceso sean objeto de una comprobación completa de la documentación obrante en la historia clínica y que cualquier denegación total o parcial se motive de forma expresa, suficiente e individualizada.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López