

La historia clínica en los procesos quirúrgicos. Aspectos bioéticos y fundamentos deontológicos

Eliseo Collazo Chao

Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Unidad de Atención al Pie Diabético e Insuficiencia Venosa Crónica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Resumen

Cada día es más frecuente el enfrentamiento de los cirujanos a numerosas reclamaciones de responsabilidad civil por parte de sus pacientes. Ante este panorama y frente a eventuales exigencias de responsabilidad, los cirujanos debemos ser cada día más conscientes de la importancia de conservar las historias clínicas de los pacientes, pero se nos plantean numerosas dudas sobre los plazos y la forma de su conservación. Las disposiciones éticas y legales obligan a una reflexión que identifique los puntos conflictivos en la relación con el paciente y su entorno y arroje luz sobre el comportamiento más adecuado en cada caso. Nunca ha de perderse de vista que la historia clínica es un documento clínico, sometido a las normas del arte médico y de la deontología médica que lo regula.

Palabras clave: *Historia clínica. Cirugía. Bioética. Deontología.*

THE CLINICAL HISTORY IN SURGICAL PROCESSES. BIOETHICAL ASPECTS AND BASIC PROFESSIONAL ETHICS

Surgeons are increasingly facing multiple civil liability claims from their patients. Against this background and taking any eventual liability claims into account, surgeons must be increasingly aware of the importance of maintaining patient medical histories, which raises numerous questions on the length of time and form of keeping them. Ethical and legal obligations need to be taken into account in order to identify the controversial aspects related to patients and their environment, as well as shedding light on the most appropriate behaviour in each case. We must never forget the case history is a clinical document, subjected to the medical art and medical ethics which regulate it.

Key words: *Clinical records. Surgery. Bioethics. Professional ethics.*

Introducción

La eficacia en la atención quirúrgica exige que todos los datos relativos a la salud y a la enfermedad del paciente queden recogidos en un documento que, en un momento determinado, pueda consultar el propio cirujano u otro profesional sanitario. De este modo, se garantiza una continuidad en la asistencia, la posibilidad de seguir la evolución del paciente y guardar de un modo objetivo los datos suministrados por el paciente y sus familiares, así como las observaciones, exploraciones y datos complementarios.

Las nuevas formas de ejercicio médico, el diferente tipo de relación médico-paciente, los cambios operados en los

paradigmas que rigen esta relación, exigen un nuevo modelo de documento, más formal, más complejo, en el que no sólo participan médicos, sino también otros profesionales sanitarios. El ejercicio de este tipo de medicina ha roto, de alguna manera, esa relación íntima y personal de un médico con su paciente, en que se hace partícipe de las intimidades y confidencias contenidas en la historia a otras personas, no necesariamente del estamento sanitario, lo que dificulta guardar el secreto profesional. Pero el hecho de que la historia pase por muchas manos no puede ir en detrimento de la preservación extremada de la confidencialidad y del secreto de lo que ella contiene.

El principio deontológico de que la historia clínica se redacta y se conserva para la asistencia del paciente es inviolable y debe prevalecer por encima de cualquier otro derecho. Cada vez que una historia clínica se reabre, con ocasión de un nuevo proceso patológico, revisión de los anteriores, por razones científicas, de inspección o judiciales, se debe hacer bajo los mismos principios bioéticos y deontológico, que inspiraron la primera vez en la que, en presencia del paciente, se inició este documento.

Correspondencia: Dr. E. Collazo Chao.
Ramírez de Arellano, 6. 14002 Córdoba. España.
Correo electrónico: ecollazo@comcordoba.com

Manuscrito recibido el 8-11-2007 y aceptado el 19-11-2007.

La historia clínica de un paciente es un continuo, aunque cada acto médico allí reflejado sea un acto único, en cuanto tal, y de él responde el cirujano que lo realiza, pero es un todo indivisible en cuanto a los datos allí reflejados a cuya confidencialidad nos obliga la ley moral y legal.

La necesidad de preservar y garantizar los derechos y deberes de los pacientes, de los cirujanos y, eventualmente, de terceros que podrían encontrar en la historia clínica una fuente documental para otros propósitos distintos de los asistenciales, pero igualmente lícitos y legítimos, ha hecho necesaria una normativa que regule este complejo documento, no sólo en sus aspectos clínico y deontológico, sino también administrativo y judicial.

Que haya una amplia regulación legal debe entenderse desde la exigencia de la tutela jurídica de todos los intereses en juego, algunos de ellos de máximo rango al incidir sobre derechos de la personalidad protegidos por el título primero de la Constitución Española como Derechos Fundamentales. Pero nunca ha de perderse de vista que la historia clínica es, ante todo, un documento clínico, sometido a las normas del arte médico y de la deontología médica que lo regula. Es habitual percibir en las historias clínicas quirúrgicas una serie de carencias al tiempo que la deformación profesional de fijarse preferentemente en el acto quirúrgico, lo cual puede ser causa de molestas consecuencias legales en un futuro.

Como señala el artículo 7 del Código de Ética y Deontología Médica (CEDM): "La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre el médico y su paciente". Sólo es posible el conocimiento de los problemas y sufrimientos de un enfermo si éste los confía a su cirujano sin ningún tipo de reservas, a sabiendas de que esas manifestaciones, a veces banales, a veces trascendentes, quedarán preservadas bajo secreto profesional. El cirujano redactor o consultor de una historia no puede olvidar nunca que los bienes y valores que están contenidos en la historia son de una importancia extraordinaria, ya que están directamente relacionados con uno de los derechos fundamentales del individuo: el derecho a la intimidad del que emanan otros no menos importantes, como el honor, la dignidad, la libertad, la integridad física y la salud. Si un cirujano tuviese la certeza de que unos datos especialmente sensibles, que por su especial relevancia y trascendencia jamás deberían ser revelados, no serán custodiados con las garantías necesarias, no debería consignarlos en la historia.

Naturaleza de la historia clínica

La historia clínica es el documento fundamental en el que se plasma la relación médico-paciente, ya que expresa la manifestación libre y voluntaria por parte del enfermo y, a veces, expone sentimientos íntimos tal y como éste los vive. La historia clínica debe recoger los datos de la anamnesis y la exploración del paciente, así como la aceptación consciente y voluntaria de las exploraciones y consultas propuestas, las negativas a recibir tratamientos o rehusar cierto tipo de exploraciones¹. Puede

recoger, asimismo, informaciones proporcionadas por familiares o personas allegadas, siempre que sean de interés para el diagnóstico y el tratamiento. Finalmente el cirujano puede plasmar opiniones para justificar una determinada toma de decisión. Será obligado, sin perjuicio de los deberes de otros profesionales, que se consigne en la historia la evolución del enfermo y cuantos acontecimientos e incidencias sean relevantes en el proceso asistencial. Las anotaciones que se realicen deben ser relevantes para el proceso asistencial, veraces y respetuosas para con el interesado y su familia. No es ético filtrar o modificar los datos clínicos pensando en una eventual reclamación judicial.

Es un mandato deontológico y legal que todos los actos médicos, en el curso de un proceso asistencial, queden fielmente reflejados en su historia, y el médico tiene el deber y el derecho irrenunciable de redactarla (art. 13.1 CEDM). Es el máximo responsable de su redacción y actualización, y debe enriquecerla con sus aportaciones científicas y personales; además, está obligado a guardar y hacer guardar los secretos que conociera, bien directamente por el propio enfermo, por otros colegas o bien por la consulta de la propia historia. Ni siquiera la muerte del enfermo le eximirá de esta obligación (art. 14 y 15 CEDM y art. 18.4 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)².

La finalidad fundamental de la historia clínica es facilitar y vertebrar la asistencia sanitaria del enfermo. Para ello debe contener todos los datos e información generados en cada uno de los actos médicos en los que el paciente se haya visto involucrado a lo largo de su vida. Igualmente la historia debe contener las exploraciones y los datos que se hayan obtenido aun cuando éstos estén dentro de la normalidad o hayan sido negativos. No debe darse por supuesto el hecho de que, si no se consignan, los hallazgos son normales o negativos. Debe contener los datos que justifiquen los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados, así como los documentos acreditativos de la información recibida por el paciente y del consentimiento otorgado por éste para dichos procedimientos³.

El cirujano debe velar para que las voluntades y decisiones anticipadas que el paciente haya manifestado queden reflejadas en la historia en sitio bien visible y para una consulta inmediata y/o urgente. Es una exigencia ética cuidar el léxico, no usar términos particulares o localistas, no utilizar abreviaturas, aunque sean de uso común, y escribir con letra legible, aunque este problema queda solucionado con la historia digital.

El trabajo en equipo hace que diferentes cirujanos o demás profesionales sanitarios puedan tener acceso a la historia clínica con ocasión del mismo proceso. El autor de cada acto asistencial debe quedar inequívocamente identificado en la historia, pues sólo él responde ética y legalmente de éste. Las discrepancias diagnósticas y terapéuticas pueden y deben quedar reflejadas en la historia, pero guardando la compostura que las relaciones interprofesionales exigen y sin transformar este documento en un medio en el que se diriman diferencias ajenas al caso clínico.

Propiedad de la historia clínica y acceso a ella

El cirujano, por mandato deontológico (art. 13.2 CEDM) y legal y, en su caso, la institución en la que trabaja están obligados a poner en práctica los medios para: conservar la documentación clínica, impedir el acceso o uso no autorizado, la falsificación o la eliminación de datos, el robo, la adulteración maliciosa o la pérdida o la destrucción accidental de la historia durante el tiempo que se juzgue necesaria su conservación, que nunca será menor de 5 años (Ley 41/2002, art. 17).

Dado que la finalidad fundamental de la historia clínica es facilitar la asistencia, cualquier utilización de la historia con otra finalidad distinta deberá cumplir, en principio y con mínimas excepciones, dos exigencias éticas: no vulnerar la confidencialidad en ningún caso y contar con el consentimiento del paciente y del médico (art. 13.4 CEDM).

El artículo 18.1 de la Constitución garantiza el derecho a la intimidad personal y a la propia imagen como derechos fundamentales. Pero, como tiene establecido la doctrina del Tribunal Constitucional, estos derechos no son absolutos. En ocasiones, la protección a ultranza de ellos puede entrar en colisión con los intereses generales de la sociedad o de terceros, lo que hace necesario dar una solución a este problema con el menor daño posible. La doctrina constitucional establece que, cuando se lesionan derechos fundamentales en beneficio del bien común, habrá que procurar que el daño sea mínimo siguiendo un estricto criterio de proporcionalidad: el daño producido no puede ser mayor que el beneficio que se pretende obtener al vulnerar tal derecho. Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, la Ley 41/2002 desarrolla positivamente lo relacionado con la historia clínica, en su artículo 7.1 dice: "toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley".

Solamente ante situaciones muy concretas, cuando el bien público o común deba prevalecer sobre el particular y el principio de justicia se imponga sobre el de autonomía, el cirujano podrá revelar datos confidenciales del paciente sin incurrir en falta, pero siempre lo hará de forma restringida, con discreción y revelando lo justo y necesario y a quien exclusivamente la ley autorice (art. 16.2 CEDM). Es éste uno de los casos en que el cirujano se sitúa en la posición de garante, especialmente si el enfermo no pudiera defenderse por sí mismo.

La doctrina mayoritaria entre los tratadistas de Derecho Civil, en consonancia con la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 63/1995 y algunos decretos autonómicos, es que la propiedad de la historia clínica pertenece a la institución para la cual trabaja el médico. Pero es incuestionable que en la elaboración de la historia hay tres actores con derechos y obligaciones bien definidas, lo que permite hablar de copropiedad:

– El paciente es el elemento fundamental. Sin él no hay historia. Participa activamente comunicando sus síntomas, sus antecedentes familiares y personales. Participa pasivamente dejándose explorar y someténdose a las exploraciones que se le indiquen. Le da legitimidad al acto al consentir.

– El cirujano dirige la anamnesis, las exploraciones, las pruebas diagnósticas y realiza el juicio clínico y propone y realiza el tratamiento médico y quirúrgico. Es el garante de la confidencialidad mientras la historia está en su poder. Le da legitimidad al acto médico respetando el principio de autonomía del paciente.

– El centro facilita los medios materiales y humanos para que se pueda realizar el acto médico. A veces también facilita los medios terapéuticos. Tiene por imperativo legal la obligación de guardar y custodiar la historia.

Dado que ninguna de las tres partes tiene un dominio absoluto sobre la historia, habrá derechos de unas que generan deberes para las otras:

– Derechos del paciente: el paciente tiene derecho a exigir que sus datos consten en una historia; a que ésta se custodie con garantías, materiales y morales, a consultarla, a tener una copia o parte de ella; tiene derecho a delegar en un representante para que lo pueda hacer en su nombre, a autorizar a personal no sanitario su consulta, a prohibir que terceras personas puedan acceder a ella y a decidir el destino de ésta tras su muerte. Se obliga a ser veraz en sus manifestaciones al personal sanitario⁴.

– El cirujano tiene derecho a redactar la historia de sus pacientes y a que, como su autor, nadie la pueda modificar, enmendar, sustituir, amputar. A reservarse, en exclusiva, un espacio de confidencialidad para hacer sus anotaciones subjetivas (Ley 41/2002, art. 18.3: "... ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas"); a limitar los derechos de los pacientes y de la administración cuando, dada su posición de garante, tenga que velar por el derecho de confidencialidad de ciertos datos pertenecientes a terceros y traídos a la historia en interés clínico del paciente; a seleccionar la información que se debe suministrar al juez, y a la administración sanitaria en función del asunto a resolver.

– El centro o la institución sanitaria tienen el derecho de propiedad sobre las pruebas que se hayan realizado a sus expensas, a disponer la forma en que las historias deben clasificarse y sobre qué tipo de soporte, así como establecer los regímenes de guarda, uso y custodia (art. 13.2 CEDM).

En la historia clínica figuran las exposiciones relevantes realizadas por el paciente respecto a sus antecedentes personales y a los datos de terceras personas por él conocidos, en general padres y hermanos, pero, a veces, hay interpretaciones o juicios personales del cirujano responsable del paciente o datos y opiniones de familiares o allegados, a veces fundamentales para el diagnóstico, pero que deberían ser secretos para el enfermo, de ahí la conveniencia de que el paciente no tenga un acceso absoluto y total a la historia clínica íntegra. Por ejemplo, el conocimiento del etilismo del paciente puede ser un dato fundamental para el cirujano que lo atiende, pero el modo en que el facultativo ha tenido acceso a esta información pudiera crear situaciones de conflicto entre el paciente y el informante, ya que el cirujano deberá reflejar en la historia la fuente de información, puesto que podría ser necesaria su comprobación en un determinado momento⁵. Cualquier

información proveniente de terceros, que el cirujano considere conveniente incluir en la historia clínica de un paciente, deberá señalar la fuente de la que procede, y se registrará con prudencia y respeto, tanto para el propio paciente como para las demás personas, incluido el personal sanitario, que hubieran intervenido en la asistencia.

En ocasiones, es por el propio bien del paciente que se desaconseja el acceso sin límites a su propia historia clínica. Determinadas enfermedades psiquiátricas o ciertos datos genéticos, incluidos en la historia, podrían desaconsejar que el paciente acceda a ellos, ya que podría interpretarlos incorrectamente o crear una situación de angustia e incertidumbre hacia su salud en el futuro.

Acceso de terceros a la historia clínica

Si se admite que, en determinadas situaciones, el paciente puede tener restringido el acceso a la historia clínica, esta limitación debe, con mayor razón, aplicarse a otras personas (médicos o demás profesionales sanitarios, servicios administrativos y de inspección, etc.). Un médico, por el solo hecho de serlo, no puede tener acceso a cualquier historia clínica si dicho acceso no está motivado y fundamentado en la asistencia al paciente, en la medida que ésta lo requiera, o en la realización de estudios clínicos o epidemiológicos que, a su vez, cuenten con la autorización del comité ético de investigación clínica correspondiente.

Los jueces pueden ordenar el secuestro o la remisión de una historia clínica, especialmente cuando ésta sea un elemento de prueba o convicción en asunto criminal, entonces está el deber de entregarla, bajo pena de incurrir en un delito de desobediencia. Pero, a veces, lo que al juez le interesa no es la totalidad de la historia, sino una parte de ella. En ese caso, el cirujano debe informar al juez de que en ella hay datos que, siendo irrelevantes para la causa investigada, son sensibles por lo que sería conveniente segregarlos del total de la historia. Una vez que la historia se halle en poder del juez, será éste el garante de su custodia y la preservación del secreto.

En los procedimientos no penales (ámbito del derecho privado), no está plenamente justificado el acceso automático de la autoridad judicial a la historia clínica completa. En estos casos, el cirujano debe solicitar que se le concreten los extremos de historia que son de interés judicial. No se puede perder de vista que, en los procesos civiles, en los que se dirimen asuntos privados, puede haber datos de la historia clínica, obtenidos para otra finalidad y en otro contexto, que se podrían utilizar para favorecer a una de las partes en detrimento de otra: por ejemplo, datos de una enfermedad mental o drogadicción contenidos en la historia de un paciente que utilizase su cónyuge en un proceso civil de separación matrimonial o en la adscripción de la custodia de los hijos.

El acceso de terceros a la historia clínica, con fines no estrictamente asistenciales, conducentes a la supervisión y la mejora de la calidad y la eficiencia asistencial debe ser aceptado, pero de tal modo que el paciente no pueda ser directamente identificado, salvo los casos en que el paciente lo autorice explícitamente (Ley 41/2002, art. 16). Los procesos de inspección administrativa suelen tener

por finalidad obtener determinados datos para auditorías de la calidad asistencial o para el control del gasto médico o farmacéutico, así como posibilitar estudios estadísticos de innegable valor sanitario y social, pero en todos ellos no es estrictamente necesaria la identificación del paciente, motivo por el que deben separarse en la historia clínica los datos de identificación de los demás datos en ella contenidos.

En el acceso a la historia clínica por parte de familiares o allegados del paciente, se deben contemplar varios supuestos:

– En el supuesto de que el paciente esté vivo, posea capacidad plena y otorgue su consentimiento, sus familiares debidamente autorizados por el paciente accederán a su historia clínica con las mismas limitaciones que las establecidas para el propio paciente.

– En los supuestos que el paciente esté vivo, pero haya sido declarado incapaz o en el caso de que hubiera fallecido, deberá tenerse en cuenta que el derecho a la intimidad no se pierde bajo ninguna de las dos situaciones citadas, por lo que el cirujano está éticamente obligado a preservar el secreto del historial clínico y, en principio, el acceso de terceras personas a la historia debe estar restringido. En dichos supuestos los solicitantes deberán motivar su petición de acceso y ésta debería estar tutelada médica y judicialmente.

– En el supuesto de que una persona prohíba el acceso de cualquiera a su historia clínica tras su muerte, esta prohibición deberá respetarse siempre que se compruebe su veracidad (Ley 41/2002, art. 18.4). En el supuesto de que un tercero solicite información contenida en la historia, con la justificación de que en ella hay datos relevantes para su salud, se le facilitará estrictamente la información necesaria, pero no deberá tener acceso directo a la historia.

Cualquiera que sea su edad, toda persona tiene derecho a que su intimidad sea preservada frente a terceros, incluidos los padres (Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor). El menor puede facilitar a su médico datos que deban ser preservados. Sin embargo, los padres, legal y moralmente, son los responsables de los hijos; las leyes civiles y penales les exigen velar por ellos, educarlos y darles alimentos (lo que incluye los tratamientos médico-quirúrgicos). Por tanto, tienen el deber de informarse de todo aquello que les concierne como obligación, lo cual implica que tienen derecho al acceso a la historia de sus hijos, pero no como si fuese su propia historia. El artículo 9.3c (de la Ley 41/2002) establece la mayoría de edad plena, a los efectos de tomar decisiones sobre su salud, en los 16 años. Entre los 12 y los 16 años el menor puede tener cierta autonomía, dependiendo de su madurez intelectual y emocional, pero los padres, como legítimos representantes y responsables legales y morales de los actos del menor, tienen derecho al acceso a la historia.

Conservación de la historia clínica

Cada día es más frecuente el enfrentamiento de los cirujanos a numerosas reclamaciones de responsabilidad

civil por parte de sus pacientes. Las características de la obligación de los médicos en su ejercicio profesional es de medios; no obstante, en algunas especialidades como oftalmología y odontología, en atención a reciente jurisprudencia, se está evolucionando hacia una exigencia de resultados, que ya se exigía en algunas intervenciones de ginecología, urología y, sobre todo, cirugía plástica.

Ante este panorama, y frente a eventuales exigencias de responsabilidad, los cirujanos debemos ser cada día más conscientes de la importancia de conservar las historias clínicas de los pacientes, pero se nos plantean numerosas dudas sobre los plazos y la forma de su conservación.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal (LOPD), en su artículo 4.5, impone a los profesionales de la medicina la obligación de cancelar los datos de carácter personal de sus pacientes cuando éstos hayan dejado de ser necesarios para la finalidad que motivó su recogida y posterior tratamiento; sin embargo, consciente de la necesidad de mantener alguna información, ha establecido el deber de conservar estos datos durante los plazos previstos, tanto en las disposiciones aplicables como en las relaciones contractuales entre el titular de los datos y el responsable del tratamiento⁶.

En relación con la documentación clínica, el artículo 17.1 de la Ley 41/2002 recoge la obligación de conservarla, como mínimo, 5 años, contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, lo que no debe confundirnos a pensar que una vez finalizado este plazo ya no hay motivo para conservar las historias clínicas de los pacientes.

Hay que retomar el tema de la responsabilidad en un único sentido, ¿cuánto tiempo ha de pasar para que un paciente no pueda exigir responsabilidad civil derivada de una prestación médica? En el caso de las obligaciones contractuales, para las que se sienta un criterio fijo, el plazo de prescripción de la acción es de 15 años desde el día en que pudo ejercitarse (artículos 1964 y 1969 del Código Civil); sin embargo, en el caso de las obligaciones extracontractuales, nos encontramos ante un criterio que puede llevar en la práctica a variaciones respecto del momento de ejercicio de la acción, al comenzar el cómputo desde que el agraviado tuvo conocimiento del daño (art. 1968.2 del Código Civil).

En atención a lo dispuesto en el artículo 4.5 de la LOPD, una vez transcurrido el período necesario para la prestación del servicio sanitario requerido por el paciente, sus datos deben ser conservados en forma que no permita su identificación.

No menos importante ni más conocido resulta lo atinente a la forma de conservación de las historias clínicas. La Ley 41/2002, al abordar el tema de la conservación de la documentación clínica y, en concreto, en su ya citado artículo 17.1, reconoce la posibilidad de mantenerla en un soporte distinto del original, poniendo de manifiesto, en el apartado 6 del mismo precepto, la necesidad de implementar las medidas de seguridad exigibles para los ficheros de datos de carácter personal, remitiéndose a la regulación de protección de datos.

En este sentido, resultan muy interesantes las iniciativas que se han desarrollado, en el terreno del ejercicio privado, tanto en el Colegio de Médicos de Madrid como en el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región, que ofrecen un servicio de digitalización de las historias clínicas que hasta ahora se almacenaban en soporte papel, con los problemas de espacio físico que ello conlleva. El objetivo de la digitalización no es otro que facilitar el cumplimiento de la obligación de conservar la información al menos durante 5 años desde el alta de cada proceso asistencial y llevarlo a cabo mediante un sistema que cumpla estrictamente con la LOPD y con las medidas de seguridad exigidas en la normativa.

Cuando el médico cesa en el ejercicio privado individual, puede transferir las historias clínicas al médico que se haga cargo de los pacientes, previo consentimiento de éstos. Podrá destruir las restantes historias clínicas, de acuerdo con lo que establezca la normativa vigente en la comunidad autónoma en la que ejerza o, en su defecto, entregarlas al correspondiente Colegio Oficial de Médicos.

Bibliografía

1. Serani Merlo A, Burmester Guzmán M. Ética, historia clínica y datos informatizados. En: Polaino-Lorente A, editor. Manual de bioética general. Madrid: Rialp; 1994. p. 291-7.
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
3. Collazo Chao E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Cir Esp.* 2002;71:319-24.
4. De Lorenzo, Montero R. Derechos de los pacientes. *Revista Médica.* 2003, Ene; n.º 46.
5. Acea Nebrija B. El proceso informativo en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la ley básica reguladora de la autonomía de los pacientes. *Cir Esp.* 2005;77:60-4.
6. Medina Castellano C. La protección de datos sanitarios. Recogida, acceso y comunicación de datos a la luz de la Ley Orgánica 15/1999 y de la Ley 41/2002. Comunicación libre presentada en el IX Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, 28-30 de octubre de 2004.