

Aspectos médico-legales de la historia clínica

María Teresa Criado del Río

Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesora titular de Medicina Legal y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Correspondencia: Dr. M.T. Criado del Río.
Condes de Aragón, 8. 50009 Zaragoza.
Manuscrito aceptado el 28-6-1997

Med Clin (Barc) 1999; 112: 24-28

El médico nunca puede olvidar que su ejercicio profesional siempre está ligado a un conjunto de normas legales que lo regulan, y de normas deontológicas, que deben regir su conducta profesional. La historia clínica también posee una doble regulación, deontológica y jurídica. La primera se encuentra en el Código de Deontología Médica Profesional, y la segunda, al no existir una ley positiva específica que la regule, la encontramos en disposiciones legales dispersas que hacen referencia a ella directa o indirectamente (1). Por otra parte, como la historia clínica es un documento médico-legal que recoge toda la relación médico-paciente (2), ésta se encuentra íntimamente vinculada a determinados problemas médico-legales del quehacer cotidiano de nuestra profesión, y que hoy preocupan seriamente al médico.

Estas razones nos han conducido a recopilar, en el presente trabajo, el conjunto de aspectos médicos-legales de la historia clínica, bajo el siguiente esquema:

1. Fin y características de la historia clínica.
2. La historia clínica en los casos de responsabilidad.
3. ¿Quién es el verdadero propietario de la historia clínica?
4. El secreto médico y la historia clínica.

Fin y características de la historia clínica

El Código Deontológico define la historia clínica como el «documento médico en donde quedan registrados todos los actos médicos realizados con el paciente, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia».

La historia clínica es imprescindible para prestar una asistencia médica de calidad en la medicina individual, y más aún en la medicina colectiva e institucional. El motivo que da lugar a su elaboración es siempre la asistencia y que ésta sea de calidad. La historia clínica tiene tanta importancia en la labor asistencial que está reconocida como un derecho del paciente y como un deber y un derecho del médico (Carta de Derechos y Deberes del Paciente, publicada por el Instituto Nacional de la Salud en 1984; artículo 15.1 del Código Deontológico; artículo 61 de la Ley General de Sanidad de 1986), que debe llevar a cabo con el tiempo y los medios necesarios para redactarla. El médico

que no realiza la historia clínica del paciente está incurriendo en falta disciplinaria de la Ley General de Sanidad con una sanción de multa, y está cometiendo una negligencia médica que, de ocasionar un daño al paciente, da lugar al nacimiento de responsabilidad profesional civil y, por qué no, también penal. La historia clínica debe reunir unos elementos o requisitos para prestar una asistencia médica de calidad, y ejercer con efectividad el derecho y deber médico de realizarla. La historia que posee estas características también indica cuál es el cuidado y esmero que pone el médico en su quehacer profesional diario, lo que siempre es positivo en la valoración de los casos de demandas por responsabilidad médica (3,4). La historia clínica debe ser:

1. Completa: debe reunir los datos obtenidos de la anamnesis, exploración personal, pruebas diagnósticas complementarias, juicio diagnóstico y tratamiento, así como los detalles de la evolución clínica del paciente, los especialistas a los que ha sido remitido, los documentos de consentimiento informado y los rechazos al tratamiento de los pacientes (5).

2. Ordenada: todas las anotaciones deben aparecer en orden sucesivo y debidamente fechadas. Los datos deben ser exactos y puestos al día. La LORTAD considera infracción leve (multa de 100.000 a 10.000.000 de ptas.) no conservar actualizados los datos de carácter personal automatizados.

3. Inteligible o legible y comprensible.

4. Respetuosa con el enfermo, los compañeros y con la institución y sus directores.

5. Rectificada cuando sea necesario. No para «ocultar» una mala actuación médica⁴, sino con el objetivo de completar y aclarar la historia del paciente. La LORTAD establece, como deber del responsable del fichero automatizado, rectificar o cancelar los datos inexactos e incompletos, y que de no hacerlo, incurre en una infracción leve, o en una infracción grave, si se deriva de esta conducta un perjuicio para los derechos de los afectados.

6. Veraz, ya que de no serlo el médico puede incurrir en un delito de falsedad de documentos (artículos 390-400 del Código Penal). La trascendencia sanitaria, social, judicial, etc., de los datos reflejados en la historia clínica hace que ésta pueda ser utilizada también con otros fines u objetivos⁶. En estos casos, debemos recabar el consentimiento libre e informado del paciente y la autorización del médico responsable de la historia, además de preservar la intimidad y confidencialidad del enfermo (artículo 15.3 del Código Deontológico; artículos 4 y 11 de la LORTAD, 1992), salvo las excepciones que marcan las normas legales, y que trataremos al referirnos a los motivos por los que se deben y pueden revelar datos de la historia clínica. Hay que tener presente que la LORTAD de 1992⁷, que es la norma legal que regula la historia clínica informatizada, califica como infracción grave (multa de 10.000.001 a 50.000.000 de ptas.) crear un fichero privado o recabar datos con un objetivo distinto del de la empresa, y como infracción muy grave (multa de 50.000.001 a 100.000.000 de ptas.) la recogida de datos fraudulenta o engañosa. El consentimiento informado del paciente también deberá ser obtenido cuando los

datos vayan a ser informatizados. De no ser así, también esta conducta es considerada como falta disciplinaria por la LORTAD.

El valor jurídico de la historia clínica en los casos de responsabilidad médica profesional

El objeto y las características de la historia clínica hace que se convierta en el documento médico-legal que recoge toda la relación médico-paciente y todos los actos médicos y sanitarios. Esta es la razón de que la historia clínica sea la prueba material en los casos de responsabilidad médica profesional, donde se transforma en la mejor protección o la más eficaz pieza condenatoria (3), o en el mejor aliado o el peor enemigo del médico procesado (5), puesto que es el documento en el que se pone de manifiesto si el médico actuó con la diligencia debida respecto a todas sus obligaciones en relación al paciente, o si, por el contrario, actuó de forma negligente, no poniendo a disposición del paciente los conocimientos médicos y los medios necesarios, según la ciencia del momento, y según circunstancias en las que practicó el acto médico, o no respetó los derechos del paciente. La importancia de la historia clínica, como elemento de prueba en los casos de responsabilidad, se incrementa cuando se aplica para la resolución del caso el principio jurídico de la inversión de la carga de la prueba (el deber del paciente de probar la culpabilidad del médico que se presume inocente, salvo prueba de lo contrario, pasa a convertirse en la obligación del profesional de acreditar su diligencia, su inocencia), ya que es el único medio que posee el médico para demostrar su inocencia o diligencia. Una historia clínica incompleta o mal realizada, o el hecho de que el médico no quiera aportarla al proceso, pone al profesional en una situación verdaderamente difícil, ya que en estos casos cabe preguntarse ¿cómo puede probar su diligencia en su quehacer profesional?

El derecho del paciente a la copia de la historia clínica: ¿quién es el propietario de ésta?

El derecho a la información del paciente (artículo 11.1 del Código Deontológico), completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso (artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad), hizo cambiar la concepción clásica de que la historia clínica era de exclusiva propiedad del médico. Desde hace unos años, se considera que el paciente también es su propietario⁵, y que por ello tiene derecho al acceso, e incluso derecho a una copia de la historia. En España, la Ley General de Sanidad dispone en su artículo 61: «En cada área de salud... la historia clínica... estará a disposición de los pacientes...»; la LORTAD, en su artículo 14, establece «el derecho de los afectados al acceso y obtención de los datos personales automatizados... mediante visualización directa del fichero o mediante escrito, copia, telecopia o fotocopia...», y dentro de su régimen disciplinario considera una infracción grave impedir o negar este derecho; y el Real Decreto 63/95, de 20 de enero, de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias recoge expresamente la obligatoriedad de entregar una copia de la historia clínica al paciente en caso de que la solicite (artículo 5 de su anexo).

El derecho del paciente a la copia de su historia es muy cuestionado y ha creado nuevos problemas al ejercicio médico, porque se enfrenta a esta pregunta: ¿quién es el verdadero propietario de la historia clínica?, y la respuesta no está clara para todos, ni todos están de acuerdo (1,3,8-12). Aquellos que defienden que la historia pertenece o es propiedad del paciente exponen estos argumentos: a) es el paciente su fuente de información, aporta su propia información y su persona; b) su derecho al consentimiento informado, que le permite decidir con conocimiento de causa; c) su derecho al acceso y copia de la historia ya reconocido, y d) porque el paciente siempre ha podido solicitar datos de la historia, y reclamarla a la hora de cambiar de médico, en los casos de demandas por responsabilidad, etc. Los que opinan que es del médico que la escribe y elabora se basan en:

a) el esfuerzo intelectual realizado al elaborar un interrogatorio adecuado, un juicio diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento es propiedad intelectual del médico, y por ello la historia es de éste en el ejercicio privado, con los límites que le imponen los derechos del paciente; b) en ella se expresan anotaciones personales, que a veces no guardan relación directa con el paciente (sospechas, alusiones a otros casos, dudas, etc.); c) el paciente que accede a la copia a veces la malinterpreta, unas veces por no tener conocimientos médicos (el que lee «tumor» piensa que tiene un cáncer), y otras por considerarla ofensiva (histérica, alcohólico, vida sexual, etc.) lo que origina incluso demandas de responsabilidad profesional; d) el deber de conservar y custodiar la historia clínica es del médico, y e) la investigación médica se realiza en gran parte sobre los historiales.

Sin embargo, cuando la relación médico-paciente se realiza en una institución sanitaria en la que el médico está contratado, el centro sanitario considera que la historia clínica le pertenece: a) porque es el que proporciona el espacio físico y los medios instrumentales; b) por su deber de conservar y custodiar las historias registradas en su archivo; c) por ser el producto habitual del ejercicio de su personal médico dependiente (Estatuto de los Trabajadores de 10 de marzo de 1980), respetando los derechos que sobre ella tenga el médico por ser de su propiedad intelectual; d) porque la autoridad judicial en los procesos penales solicita la historia al centro, reconociendo así quién es el titular de la misma; e) por el derecho de los centros al uso de esta información para la investigación (Ley de Propiedad Intelectual de las Empresas), y f) porque la historia es la prueba material que puede utilizar el centro en caso de una demanda del paciente de responsabilidad civil, directa o subsidiaria. En el caso del médico que ejerce la medicina privada en un hospital, la historia pertenece al médico, pero como se halla sometido a su régimen organizativo, el centro le puede requerir una copia por coordinación, motivos de control o por prevención de futuras responsabilidades.

Reuniendo estas consideraciones, Castellano, en 1996, dice: «La historia clínica es el resultado de la actuación del o de los médicos que ponen sus conocimientos al servicio del paciente, del enfermo que proporciona su persona y su información y del centro que proporciona el marco físico y los medios instrumentales para que la atención y la historia sean completas». Y como dice el jurista Cantero (1): «El propietario de la historia es el centro, el

paciente es titular de la intimidad en ella reflejada, y el médico, dueño de su aportación intelectual y administrador del interés de terceros allí registrados». Esta es la razón de que este autor opine, al igual que otros (2), que «ante la petición de la historia clínica por el paciente, lo correcto es entregar un extracto de la misma después de haber eliminado todas las aportaciones personales que afectan a su intimidad o a un tercero». La Recomendación 5 de 1997 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, que ha desarrollado la Convención Europea sobre el Tratamiento Automatizado de Datos Personales, dice que el médico puede limitar el derecho de acceso del paciente a su propia historia clínica «si el conocimiento de la información es probable que cause un daño a la salud del afectado» o «si la información sobre el afectado revela también información sobre terceros».

Además, hay que recordar que el paciente tiene derecho a una información adecuada y comprensible (artículos 11.1 y 11.4 del Código Deontológico; artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad), y la entrega de la copia directa al paciente va en contra de ello. Esta es la razón de que siempre se aconseje, cuando el paciente reclama la copia de la historia, que sea el médico quien le asesore y le interprete su contenido de forma directa.

La historia clínica y el secreto médico profesional

Otro gran problema médico-legal de la historia clínica es que ésta es una de las causas más frecuentes de vulneración del secreto médico profesional, en su finalidad básica asistencial, a todos los niveles en que es utilizada (auxiliares, DUES, médicos, personal de administración, etc.) y a lo largo de todas sus fases de elaboración y empleo (la anamnesis, solicitud de pruebas, custodia, informatización de datos, etc.) (13), y también porque es objeto de prueba en las causas judiciales, la materia prima de la investigación y estudios epidemiológicos biomédicos, de control administrativo y de gestión, a lo que se ha sumado su informatización, que facilita el acceso a su contenido (14), acceso favorecido por la realidad asistencial y la complejidad del trabajo hospitalario: las historias clínicas circulan por los pasillos, los archivos están poco protegidos, las nuevas redes informáticas, etc., que facilitan que casi cualquier persona pueda acceder a ellas, la cesión inapropiada de la información contenida en la historia a otros compañeros (sin un fin asistencial), la familia, los amigos, a solicitud de periodistas, etcétera (15).

El secreto médico profesional es un deber médico que se encuentra regulado, además de por la normativa deontológica, por un conjunto de normas legales. De todas ellas, únicamente vamos a citar las que hacen referencia expresa a la historia clínica y la nueva protección penal del derecho a la intimidad, que ha dado lugar a una mayor concienciación de este problema en el ejercicio de nuestra profesión.

La Ley General de Sanidad, además de establecer el derecho a la intimidad y confidencialidad con carácter general en su artículo 10, en su artículo 61, relativo a la historia clínica, dice que «...deberán quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y

familiar, y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica...».

La LORTAD tiene como objetivo fundamental la protección de la intimidad, confidencialidad y privacidad de los datos personales informatizados. Establece como obligación del responsable del fichero, y de los que intervienen en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal, el deber del secreto profesional de los datos de carácter personal automatizados. No sólo es responsable del fichero automatizado el Registro General de Protección de Datos, la entidad o persona que procede a su creación, sino también todas las personas que a lo largo del tratamiento de los datos decidan en algún momento sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento (16). En su régimen disciplinario, considera infracción grave la vulneración del secreto de datos de carácter personal, e infracción muy grave, la vulneración del deber de guardar secreto sobre datos relativos a religión, creencias, ideología, origen racial, salud y vida sexual, que son los datos personales que protege especialmente esta ley.

El Código Deontológico dice en su artículo 19.1: «Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad». Los Estatutos de la OMC consideran una infracción grave (suspensión para el ejercicio profesional por tiempo inferior a un año) la vulneración del secreto por culpa o negligencia que ocasiona un perjuicio y una infracción muy grave (suspensión para el ejercicio profesional de 1-2 años), la vulneración dolosa o intencional del secreto.

El nuevo Código Penal de 1995 refuerza la protección del derecho a la intimidad y a la confidencialidad, al tipificar como delito estas situaciones, y disponer para las mismas sanciones penales muy graves (p.ej., la sanción penal por la revelación del secreto profesional es de una «pena de prisión de 1-4 años, multa de 12-24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de 2-6 años», sanción similar a la imprudencia con resultado de muerte):

1. La revelación del secreto profesional (artículo 199).
2. El simple acceso a toda clase de documentos o archivo, o la utilización de cualquier medio para descubrir secretos, para vulnerar la intimidad del otro sin su consentimiento. Esta conducta se agrava cuando los datos se difunden a terceros, los datos hacen referencia a la salud, origen racial o vida sexual, la víctima es menor o incapaz, etc. (artículo 197). A la sanción penal de todas estas situaciones, se le añade la pena de inhabilitación absoluta durante un tiempo de 6-12 años cuando la persona que realiza esta conducta delictiva es un funcionario público (artículo 198).
3. El acceso a permitir o acceder a otros documentos secretos, realizado por el encargado de su custodia (artículos 415 y 416), la destrucción, alteración o inutilización de datos o documentos ajenos, realizadas por cualquier persona (artículo 264), o por las personas que tienen encomendada la custodia de los mismos (artículos 413 y 416), y la destrucción o inutilización de los medios

dispuestos para impedir el acceso a documentos que tienen restringido dicho acceso, realizadas por cualquier persona o los encargados de su custodia (artículos 414 y 416). Estas últimas conductas delictivas enlazan con el deber médico de conservar y custodiar la historia clínica.

El Código Deontológico señala este deber, y dice que se podrá proceder a su destrucción, siempre con el consentimiento del paciente, salvaguardando su intimidad, y sin perjuicio de la legislación vigente: por transcurso del tiempo, de modo que la historia clínica quede obsoleta (es aconsejable esperar 15 años, que es cuando prescribe la responsabilidad civil contractual), muerte del paciente o cese del médico en su trabajo (artículos 15.2 y 20).

La LORTAD establece que los datos personales automatizados deberán ser conservados, y que únicamente podrán ser cancelados o rectificados cuando sean incompletos o inexactos, o hayan dejado de ser necesarios.

Además, establece el deber de custodia de los datos automatizados del responsable del fichero, por medio de la adopción de las medidas técnicas y organizativas oportunas, y que de no hacerlo incurre en infracción grave.

Cuando el médico procede a recabar la información del paciente que transcribe en la historia clínica, lo hace con un fin exclusivamente médico, no piensa en otros posibles fines de esta información, y sabe que debe guardar el secreto profesional. Los problemas con el secreto surgen cuando la historia clínica es utilizada con otros fines, o cuando el derecho a la confidencialidad e intimidad se enfrenta a otros derechos como son: el derecho a la salud, el derecho a la información, etc. Es en estos casos cuando el médico se pregunta ¿a quién y bajo qué circunstancias se pueden suministrar los datos de la historia clínica? El deber del secreto médico no es absoluto, sino relativo, y él pasa a un segundo término cuando se enfrenta a obligaciones mayores como son, por ejemplo, la vida o la salud de un tercero, al margen de que el médico puede suministrar la información del paciente a otros compañeros siempre y cuando tenga una finalidad exclusivamente asistencial (artículo 15.5 del Código Deontológico; artículo 61 de la Ley General de Sanidad). Del conjunto de la normativa deontológica (artículo 18 del Código Deontológico) y legal, podemos extraer otros usos de la historia y a quién o qué entidad debemos comunicar los datos de la historia que estén estrictamente relacionados con la finalidad que motiva la revelación del secreto (17,18).

Las situaciones que permitirían esta revelación serían:

1. La investigación, las publicaciones científicas y los estudios epidemiológicos, siempre y cuando se preserve el derecho a la intimidad (artículo 15.4 del Código Deontológico; artículo 61 de la Ley General de Sanidad; LORDTAD).
2. Los partes de enfermedades de declaración obligatoria dirigidos a la Jefatura Provincial de Sanidad, por tratarse de enfermedades que hacen correr un riesgo a la salud de terceros o de la población general. Así mismo, se informará a los familiares y allegados que tengan riesgo de contraer la

enfermedad (artículos 18.3 y 18.4 del Código Deontológico; Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, que constituye la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y normas autonómicas).

3. Los partes de incapacidad temporal laboral dirigidos al INSALUD, omitiendo el diagnóstico en el ejemplar dirigido a la empresa.
4. A la Inspección médica (artículo 61 de la Ley General de Sanidad) y a las EVIS del INSS, como elemento para otorgar las prestaciones de incapacidad laboral temporal y permanente (Orden de 18 de enero de 1996 de aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995 de 21 de julio sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social), pero con el consentimiento del paciente en el caso de la incorporación permanente (Orden de 18 de enero de 1996).
5. A instancias de la Administración pública para la planificación de la sanidad, prevención, estudio de dolencias y estadísticas del INSALUD (LORDTAD).
6. A la Administración de justicia (LORTAD), en: a) la denuncia de delitos (artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) u obligación de comunicar las lesiones y muertes violentas o sospechosas de criminalidad al juez de instrucción, mediante parte médico; b) partes de aborto, nacimiento y muerte natural dirigidos al juez del Registro Civil (Ley del Registro Civil), y de internamiento psiquiátrico compulsivo al juez de primera instancia (artículo 211 del Código Civil, modificado por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero), y c) la colaboración con la Administración de justicia, cuando el médico actúa en calidad de perito y se limita a informar de aquello que tenga que ver estrictamente con el proceso (artículos 410, 416, 417 y 716 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), es requerido en calidad de testigo para informar sobre lo conocido del paciente (artículo 410 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), a pesar de que la Constitución prevé en su artículo 24 que la ley regulará la exención de declarar sobre hechos conocidos por causa del secreto profesional, pero esta ley aún no se ha dictado, y cuando le es requerido el historial para esclarecimiento de una causa judicial (a lo que no puede negarse cuando es criminal, y sí cuando la causa es judicial laboral, civil o contenciosa administrativa).

Tanto cuando al médico le es solicitado el historial como cuando es requerido en calidad de testigo, el proceder a seguir aconsejado es el siguiente (1,10,17,19,20): solicitar al juez el motivo de su requerimiento; obtener la autorización escrita del paciente; si considera que no es pertinente la entrega del historial, especificar al juez el porqué, y señalar que teme violar el secreto médico profesional. Después de ello, someterse a su criterio final, y entregar la historia omitiendo toda información personal del paciente ajena al proceso, y hacerlo saber así al juez. A esta última conclusión llegaron los representantes de magistratura, deontología y de la agencia de protección de datos en el II Congreso Nacional de Derecho Sanitario celebrado en Madrid en 1996.

El médico que no colabora con la Administración de justicia, cuando tiene obligación de ello, tiene que saber que puede incurrir en un delito de desobediencia a la autoridad judicial (artículo 556 del Código Penal), y en un delito de denegación de auxilio a la justicia (artículo 412.1 del Código Penal).

7. A petición del propio paciente, que muchas veces precisa certificados o informes sobre su estado de salud, y tiene derecho a ellos (Ley General de Sanidad y Código Deontológico). No proporcionarlos da lugar a una falta disciplinaria menos grave de la OMC (artículos 64 y 65 de los Estatutos de la OMC).
8. En las situaciones de urgencia (LORTAD). La utilización o cesión de datos de la historia clínica con cualquier otra finalidad precisará en todo caso el consentimiento del paciente (Código Deontológico y LORDTAD). Además, por el incumplimiento de este deber, sin existir el consentimiento del paciente o una imposición legal que obligue a revelarlo, el médico puede incurrir en responsabilidad profesional, si de tal revelación se deriva un daño físico o moral para el paciente.

Consideraciones finales

Todas las situaciones y problemas que hemos expuesto de la historia clínica nos reflejan que, además de ser el documento base de la asistencia sanitaria, tiene múltiples implicaciones jurídicas (18). El médico no puede ser ajeno a ellas, y debe tenerlas en cuenta en primer lugar porque afectan a los derechos de los pacientes, al derecho de la salud pública y, por lo tanto, a las obligaciones del médico, tanto legales como éticas. Y en segundo lugar porque si el médico no cumple con sus obligaciones puede incurrir en responsabilidad médica administrativa, civil e incluso penal.

Por último, señalar que dada la variedad de situaciones conflictivas que pueden darse en la práctica asistencial diaria, consideramos que sería oportuna la elaboración de una única norma legal sobre la historia clínica, que regulara y aglutinara todos sus matices: requisitos, información del paciente, secreto médico, responsabilidad médica, informatización de la historia clínica, etc. De esta manera, el médico contaría con un marco de referencia legal único sobre la historia clínica, que facilitaría su tarea para actuar de manera más adecuada siempre en beneficio del paciente y de la comunidad, y respetando sus derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cantero Rivas R. La historia clínica y las penas por violación del secreto profesional. Conferencia: la responsabilidad civil y penal de los médicos. Madrid, 8-9 de abril, 1997.
2. Martínez López de Letona J. El secreto de la historia clínica. Visión del médico. III Congreso nacional de derecho sanitario, Madrid, octubre de 1996.

- 3.Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Ed. Eunsa, 1992.
- 4.López Muñoz y Larraz G. Defensas en las negligencias médicas. Ed. Dykinson, 1991.
- 5.Donaldson JH (citado por Gil C, 1996). En: «La historia clínica puede ser el mejor aliado o el peor enemigo en juicio». Diario Médico, 24 de octubre de 1996.
- 6.Marset Campos P. Los derechos de los enfermos. I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia: Ed. Consejería de Sanidad y Consumo, 1987.
- 7.LORTAD. Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal.
- 8.Castellano M. Informe acerca de la titularidad-propiedad de la historia clínica desde la normativa deontológica y médico-legal. Aragón Médico, marzo de 1996.
- 9.Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos: mucho por hacer en el sistema público (I y II). Jano 1997; 52: 1.195-1.197.
- 10.De Ángel Yagüez R. Problemas médico-legales de la historia clínica en el marco hospitalario. I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia: Ed: Consejería de Sanidad y Consumo, 1987.
- 11.Luna Maldonado A. Problemas médico-legales de la historia clínica en el ejercicio libre de la medicina. I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia: Ed. Consejería de Sanidad y Consumo, 1987.
- 12.Trías i Rubies R. Los derechos del enfermo. Jano 1988; 35: 45-50.
- 13.Batista Miranda JE, Contreras García C. El secreto profesional y la prensa. Med Clin (Barc) 1988; 91: 783-785.
- 14.Herranz G. La ética médica y sus relaciones con el secreto y la historia clínica. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid, octubre de 1996.
- 15.Ortiz T. Sobre el secreto médico. Tribuna Médica, 18 a 24 de marzo de 1996.
- 16.García Beato MJ. Ley Orgánica 5/1992 de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal. Conferencia: la responsabilidad civil y penal de los médicos. Madrid, 8 y 9 de abril de 1997.

17.Álvarez Cienfuegos JM. Implicaciones jurídicas en la historia clínica. Conferencia: la responsabilidad civil y penal de los médicos. Madrid, 8-9 de abril de 1997.

18.López Domínguez O. El acceso a la información clínica en el hospital, Conferencia: la responsabilidad civil y penal de los médicos. Madrid, 8 y 9 de abril de 1997.

19.Del Campo Ardid C. El secreto profesional. Aragón Médico. Órgano informativo del Consejo General de los Colegios de Médicos de Aragón, agosto, 1995.

20.Romero A (citado por Gil C, 1997). Y si me piden la historia clínica, ¿qué? Diario Médico, 31 de enero de 1997.