

La Llei Valenciana en seu d'Història clínica i drets de la personalitat.

Les autores:

Dra. María Elena Cobas Cobiella i Dra. Raquel Guillén Catalán

“En l'era de les xarxes socials la intimitat és una virtut.”

A la memòria del Professor Enrique Durán

RESUM:

Aquest article tracta, bàsicament, del drets y facultat dels que disposen les persones en la seua consideració de pacient-consumidor o pacient-client. Particularment, els seues drets en la Comunitat Valenciana, la problemàtica del consentiment informat i la qüestió de la història clínica , entre altres.

PARAULES CLAU:

Drets dels pacients, consentiment informat, història clínica legislació autonòmica valenciana.

I. Breu presentació al tema.

Cada vegada més els mons del Dret i la Medicina, i inclús Dret i altres àrees de salut s'interrelacionen. Igual que canvia el món, la medicina ha patit importants transformacions, la condició de pacient en molts sectors, comença a esdevindre en la idea de pacient-consumidor, pacient-client entre altres consideracions, això ha condicionat l'aparició de lleis que resumixen estes noves tendències, i que se centren en el pacient com a centre d'atenció, fent que es centren entorn de conceptes com drets dels pacients, autonomia de la voluntat, consentiment informat, entre altres.

Però això quedaria en lletra morta si no es produïa una verdadera i real protecció, que els permeta en cas de responsabilitat mèdic- sanitària trobar una base o prova documental, i més encara, és el document que arreplega l'estat del pacient i permetre el seguiment de la seua salut i el tractament requerit. És la mesura en conclusió del nivell de qualitat assistencial.

També cal assenyalar que en els últims temps s'ha revitalitzat el tema per haver-se convertit en un repte la informatització dels expedients clínics. La qual cosa és una real necessitat, entre altres factors, perquè és una forma de resoldre el volum d'informació emmagatzemada en paper, que no té cabuda en els espais físics actuals, així com el deteriorament que en els documents es produïx amb el temps i finalment perquè agilitza el treball i la busca d'informació, permetent a més que les dades s'encreuen i que la investigació científica pugua ser més eficient per l'estalvi del temps. Els nous temps demanden, en definitiva, esta intervenció de l'era digital.

La prudència en relació a aquests temes, la visió del pacient com a persona, amb independència que està immers en una relació jurídica sanitària, la qual per la seua connotació és especial i dins d'aquesta la història clínica, com a document de la vida sanitària del pacient, hauran de ser la base del marc d'actuació de qualsevol projecció que es faça d'aquest tema en el dret i per part del legislador.

II. Algunes notes sobre la intimitat i els drets de la

personalitat en seu de salut.

La intimitat dins dels drets de la personalitat en seu de salut és un dels més esquivats, potser i ens atrevim a afirmar, pel paper preponderant que el metge i el personal sanitari han tingut en el marc de les relacions mèdic- pacient. També com afirma algun sector de la doctrina resulta molt complicat de defensar, en aquest sentit comenta ROMEU CASABONA en “Configuración sistemática de los derechos de los pacientes en el ámbito del derecho español”, Jornadas sobre los derechos de los pacientes, Instituto Nacional de la Salud, Madrid, 1992, p. 194, que “la intimidad y confidencialidad es uno de los derechos más ignorados en el ámbito hospitalario y piensa que para defender este derecho maltrecho es necesario que a la hora de la exploración médica, no se vaya más allá de lo estrictamente imprescindible”. La Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal també es fa eco d'això en l'article 4.1 a l'assenyalar que les dades que s'obtinguen del pacient no siguen excessius. El paper essencial que assumeix l'autonomia de la voluntat en la relació mèdic pacient ha incidit sense cap dubte en un creixent interès respecte a la protecció de dades sanitàries.

En aquest sentit, la legislació autonòmica gallega li concedeix una vital importància a aquest tema i ho significa clarament en el seu text quan regula en el Preàmbul de la Llei 3/2005, de 7 març, que modifica la Llei 3/2001, de 28 de març de 2001, reguladora del consentiment informat i de la història clínica dels pacients: “La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pretendió fijar los principios de una nueva relación médico-enfermo, apartándose del carácter paternalista para ir hacia una relación basada en el principio de autonomía de la persona. El ciudadano cambia su condición de mero enfermo para pasar a ser considerado usuario de los servicios sanitarios, nueva situación ésta en la que consecuentemente resalta el derecho a la información sanitaria. Esta adaptación abarca varios aspectos. Se cambia la definición de consentimiento informado. Además, se mencionan expresamente los derechos del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, y a negarse al tratamiento. El desarrollo de la autonomía del paciente no se circunscribe sólo a una asistencia actual del paciente, sino que también pretende proyectarse en el tiempo, de modo que aquél, en previsión de que pueda encontrarse en una situación futura en la que no sea capaz de expresar su voluntad, pueda dictar previamente instrucciones respecto a los cuidados y tratamiento de su salud, o, en su caso, al destino de su cuerpo y órganos tras el fallecimiento. Lo anterior evidencia la necesidad de la libre revocación en cualquier momento de las instrucciones dictadas. Es por ello que parece más adecuada la denominación de instrucciones previas en lugar de voluntad anticipada, ya que se corresponde con el fin de esta figura”-

Fet del que no s'escapa la història clínica com a fitxer sanitari que conté les explicacions en relació de la salut d'una persona en qüestió. Val destacar que les dades mèdiques a l'estar vinculats tant amb el cos com amb la psiquis de l'home formen part de l'esfera dedicada a la intimitat d'una persona i la seua divulgació pot afectar la vulneració de drets fonamentals, així com el consentiment informat i el propi jo, de cada home.

D'ací que el Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de Desplegament de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de caràcter personal regule, en el seu article 80 LOPD, determinats nivells de seguretat pel que fa a la protecció de dades, concretament nivell bàsic, mig i alt.

A mes, tenint en compte el que preveu l'article 7 en relació a les dades especialment protegits dins dels quals està la salut junt amb les dades d'origen racial i vida sexual. També demana l'atenció el que preveu l'article 8 de la Llei Orgànica quan regula que: “Sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad. Dit article resulta un

poc buit de contingut perquè remet a la legislació general i a l'autonòmica.

Les dades referits a la salut es protegeixen en un nivell alt en relació al que assenyala l'article 81.3 a) quan adverteix que: “Además de las medidas de nivel básico y medio, las medidas de nivel alto se aplicarán en los siguientes ficheros o tratamientos de datos de carácter personal: a) Los que se refieran a datos de ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual”. Encara que cal assenyalar que la Llei també preveu en el article 81.6 de l'esmentat Reglament un Nivell Bàsic en allò que s'ha referit a les dades relatives a la salut, referents exclusivament al grau de discapacitat o la simple declaració de la condició de discapacitat o invalidesa de l'afectat amb motiu del compliment de deures públics.

A això s'ha unit la constant preocupació que en matèria legislativa ha despertat el tema, així tenim algunes lleis com: Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat; Llei Orgànica 3/1986, de 14 d'abril, de Mesures especials en Matèria de Salut Pública; Llei 25/1990, de 20 de desembre, del Medicament i Llei Orgànica 15/99, que obliga al secret professional.

La protecció i seguretat en relació a la història clínica, no sols té conseqüències per a la intimitat del pacient, sinó per a la preservació de la seua salut i per la incidència que pugua tindre per a futurs tractaments. La Llei 1/2003, de 28 de gener de la Generalitat, de Drets i Informació al Pacient de la Comunitat Valenciana regula expressament la intimitat com un dels drets dels pacients i així ho consigna en l'article 26 amb especial èmfasi en el dret a la confidencialitat de les dades del pacient, encara que és un precepte amb un alt nivell de generalitat perquè es limita a dir que la prestació de les atencions necessàries es farà respectant els trets bàsics de la intimitat. Qüestió que dependrà de cada persona en concret i de diferents factors, de la sensibilitat individual i de la realitat social en què es troben, tenint en compte que incideix en l'esfera més profunda de la personalitat.

III. La Història Clínica. Tractament doctrinal amb especial referència a la legislació autonòmica valenciana. Llei 1/2003 de 28 de gener, de la Generalitat, de Drets i Informació al pacient de la Comunitat Valenciana.

La doctrina més especialitzada en la matèria no ha oferit una definició d'història clínica, i adverteix que és una de les qüestions menys homogènies en seu de salut pública a l'existir una dispersió quant al contingut de la mateixa i a aquells elements que són imprescindibles que apareguen en aquesta. No obstant això, cal assenyalar que és el document on s'arreglega tota la informació de la situació clínica d'un pacient.

És definida per la Llei 41/2002, de 14 de novembre, Llei reguladora de l'Autonomia del Pacient i de Drets i Obligacions en Matèria d'Informació i Documentació Clínica: “La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro”. Dita norma va modificar la Llei 14/1986, de 25 d'abril, Llei General de Sanitat, regulant en concret la història clínica, la regulació jurídica que de la qual, a partir d'ara, es configura entorn de tres instruments: la Llei Bàsica Estatal, el desplegament reglamentari autonòmic i els protocols detallats en els hospitals.

Constitueix com afirma SÁNCHEZ CARAZO, C. en “La intimidad y el secreto médico”, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2000, p.122, el fitxer sanitari per antonomàsia, és la vida sanitària de cada persona, encara que a nivell de la doctrina no hi ha un concepte generalitzat respecte d'això, encara que poguérem afirmar que permet la visió retrospectiva de tota l'atenció mèdica sobre un pacient determinat, d'ací que encara que no siga una qüestió massa tractada, no hem de desdenyar la seua

importància. La qual no sols transcendeix al pacient, al metge o al personal sanitari en la seua generalitat, sinó al dret, ja que, des del punt de vista jurídic, la història clínica constitueix una de les principals proves documentals en relació ja no sols al pacient, sinó al propi nivell de la qualitat assistencial en el cas que haja que demandar responsabilitat ben civil, penal o administrativament a una institució pública.

La carència de definició des del punt de vista doctrinal de la història clínica, no impedeix que es puga arribar a conclusions sobre els elements o criteris bàsics que caracteritzen a la mateixa, ja que les legislacions autonòmiques si l'han definit. Així tenim, per exemple, la legislació de Canàries de 8 agost de 2005: "Artículo 1. Historia clínica La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales del paciente y cumple fines asistenciales, docentes, de investigación clínica y epidemiológica, de gestión y planificación de recursos asistenciales, jurídico-legales y de calidad asistencial. En cada uno de los centros, establecimientos y servicios sanitarios radicados en Canarias, cualquiera que sea su nivel, categoría o titular, se adoptarán las medidas técnicas necesarias para que la historia clínica sea única por paciente, que englobará de forma unitaria toda la documentación generada por la asistencia al enfermo, tanto en el área de hospitalización como en las áreas de consultas externas y de urgencias".

La vida de la història clínica gira entorn de dos elements claus: la finalitat i la custòdia i conservació de la mateixa; qüestió de la que es fa eco la doctrina i la legislació en la matèria. Pel que fa a la finalitat de la mateixa, cal assenyalar que és el document que permet assegurar el coneixement exacte, actualitzat i ajustat a la veritat sobre la salut del pacient i amb això facilitar el treball als sanitaris o professionals, per la qual cosa és la forma fidedigna del coneixement de l'estat del pacient.

La doctrina en la matèria, per exemple GIMÉNEZ PÉREZ, D., La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales, en <http://www.Geosalud.com/malpraxis./historiaclinica/htm.com>, assenyala altres finalitats de la història clínica que permeten apreciar el seu abast: "No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extrasistenciales de la historia clínica: a.- Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas. b.- Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que de trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada .c.- Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias. d.- Médico-legal: Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado, puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales; existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales; elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico-legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional; testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional; instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico- legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la

integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial”.

En segon lloc i no, per això menys important pel que fa a la responsabilitat sobre la custòdia i conservació de la història clínica en qüestió ja que recau en l'àmbit de lo privat i de la intimitat dels pacients, sent el criteri preponderant que la responsabilitat sobre la mateixa correspon a la direcció del centre quan es tracte del sistema públic de salut o contractats en Centres privats i seguit per altres pel Tribunal Suprem en alguna sentència.

Tal com advertix en aquest sentit SÁNCHEZ CARAZO, op. cit, p. 125, “La seguridad de la historia clínica es muy importante, no sólo por lo que supone la vulneración de la intimidad, sino también porque la pérdida de datos sanitarios puede incidir en la futura salud del paciente y, por tanto en centros públicos como privados, las historias clínicas necesitan protección”. Sent per altres una qüestió, no massa protegida a fi de la preponderància que te la salut, coincidim en aquest sentit amb el que diu el Prof. ALBERTO FIDALGO, en Los datos sanitarios y el derecho a la intimidad, “Papeles médicos”, Vol. 14 Núm. 2 102, 2005: “A nuestro entender y como conclusión general, puede establecerse que en el ámbito sanitario el derecho más sensible en lo concerniente a la intimidad queda relegado muchas veces por el énfasis en la protección de la salud, y los dispositivos asistenciales y administrativos, más allá de los aspectos formales, deben garantizarse en planos equivalentes ambos derechos, ligados los dos a la propia condición humana”. Aquest criteri també és seguit pel legislador autonòmic, així consta en la Llei Valenciana 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de drets i informació al pacient de la Comunitat Valenciana quan en l'article 23 regula que: “1. Las historias clínicas son documentos confidenciales propiedad de la administración sanitaria o entidad titular del centro sanitario cuando el médico trabaje por cuenta ajena y bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la propiedad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria.2. La entidad o facultativo propietario es responsable de la custodia de las historias clínicas y habrá de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos y de la información contenida”. No obstant això, ofereix total autonomia quan l'exercici de la medicina és privat.

També a Canàries se seguix aquest principi al Decret 178/2005, de 26 juliol que aprova el Reglament que regula la història clínica en els centres i establiments hospitalaris i estableix el contingut, conservació i expurgació dels seus documents. En el seu article 29 assenyala que “la conservación de la historia clínica se rige por lo dispuesto en la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, teniendo los centros sanitarios la obligación de conservar las historias clínicas en condiciones que garanticen su seguridad y correcta conservación, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial”.

A mes, la Llei Foral 29/2003, de 4 abril que modifica parcialment la Llei Foral 11/2002, de 6 de maig de 2002 sobre els drets del pacient als voluntats anticipades, a la informació i a la documentació clínica en el seu article 3 que modifica l'article 13 de la Llei Foral 11/2002, de 6 de maig, i que queda redactat en el tèrmit següent: “La conservación de la documentación clínica.1.Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. 2.En cualquier caso, en la historia clínica deben conservarse, junto con los datos de identificación del paciente, durante cinco años, como mínimo, a contar desde la muerte del paciente: Las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.3.La documentación clínica también se conservará a

efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas. 4 Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes. 5. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario. 6. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen. 7. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal”.

En consulta realitzada a l'Agència Nacional Espanyola de Protecció de Dades sobre la comunicació de dades entre facultatius de la mateixa especialitat, Informe 488/2004, si un d'ells cessa en l'activitat, s'ha entés que les dades només podran ser comunicats a altres facultatius en cas que els mateixos foren a realitzar una activitat de diagnòstic o tractament del pacient o si el propi pacient així ho sol·licita, en qualsevol cas d'acord amb el que disposa l'article 17. 3 de la Llei 41/2002 que estableix que l'accés a la història clínica haurà de realitzar-se sobre la base de la confidencialitat. En conseqüència, resumeix la consulta que la comunicació de les dades de la història clínica dels pacients de la consultant a un altre facultatiu pels motius que s'indiquen, només serà possible en el cas que comptara amb el consentiment expresso dels propis pacients a qui es referisca cada història mèdica.

El dret a la informació del pacient troba correspondència amb el contingut de la història clínica, que haurà de ser veraç, fonamentat i exacte, de forma tal que servisca per a la finalitat que té com a història de la salut d'una persona, d'ací que la protecció s'estenga més enllà de la defunció de les persones.

En aquest sentit es pot veure l'article 22 de la Llei 1/2003, de 28 de gener, de la Generalitat, de drets i informació al pacient de la Comunitat Valenciana: “1. La historia clínica deberá contener la información suficiente para identificar claramente al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento y documentar todos los resultados con exactitud, para ello la historia clínica tendrá un número de identificación e incluirá los siguientes datos mínimos: a) Identificación de la institución, del centro, número de tarjeta SIP, si procede, número de historia clínica y nota indicativa de las características de confidencialidad que contiene. b) Datos suficientes para la identificación del paciente: Nombre y apellidos. Fecha y lugar de nacimiento. Sexo. Domicilio habitual y teléfono. Fecha de asistencia y de ingreso si procede. Indicación de la procedencia, en caso de derivación desde otro centro asistencial. Servicio o unidad en la que se presta la asistencia, si procede. Número de habitación y de cama en caso de ingreso. Médico responsable del enfermo. Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente. Cualquier otro dato que se establezca normativamente. c) Datos clínico asistenciales: Anamnesis y exploración física. Descripción de la enfermedad o problema de salud actual y motivos sucesivos de consulta. Hoja de interconsulta. Procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos empleados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes emitidos en caso de exámenes especializados, y las hojas de interconsulta. Hojas de evolución y seguimiento. Documento de consentimiento informado, si procede. Hoja de voluntades anticipadas, si las hubiere. Hoja de autorización. Informe quirúrgico y de anestesia, si procede. Informe de alta. Hoja de problemas. Documento firmado de alta voluntaria, si lo hubiere. Informe de necropsia, si existe. Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente. d) Datos sociales: Informe social, si procede.

El tractament de la història clínica a nivell de la legislació autonòmica valenciana és prou clar, de conformitat al article 21 de la Llei 1/2003, de 28 de gener. La mateixa és individual i personalíssima, de forma tal que cada pacient tindrà una única història clínica; les instal·lacions on es guarden les mateixes hauran de tindre les condicions mínimes per a la seguretat, confidencialitat i recuperació de la informació facilitant el seu accés al personal en qualsevol moment del procés assistencial. En allò que s'ha referit a les formalitats la Llei permet el suport paper, audiovisual o informàtic sempre que es garantisca l'autenticitat del document i els canvis que en ella es produïsquen queden reflectits, d'ací que la Llei indique que s'han d'evitar la utilització de símbols i abreviatures i s'exigeix la data i la firma de manera que siga possible identificar clarament la persona que la realitza. Recordem el valor probatori que ostenta la mateixa.

Una dada curiosa és que encara, quan intervinguen diversos facultatius les prescripcions han de ser individualitzades i així han de constar. Finalment els centres tenen la responsabilitat de l'adopció de totes les mesures encaminades a la protecció de les dades personals, i evitant la destrucció de l'esmentat document, es disposarà a més d'un model normalitzat per a l'elaboració de la història clínica.

IV. A manera de conclusió.

El tractament a estes dades sanitàries i la protecció que cada dia troben a nivell internacional i local és una conseqüència dels canvis produïts en el tractament de la salut i del pacient, conjuntament amb la idea que va cobrant força cada vegada més, de que el pacient adquireix la connotació de client i de consumidor de aquells que es criden serveis hospitalaris. Fet que va de la mà amb el concepte d'una gestió hospitalària més privada encara que els serveis siguen públics.

Esta qüestió comporta connotacions en seu del dret a la informació del pacient, que el consentiment informat siga un pilar en la relació mèdic-pacient i que l'accés a les dades sanitàries siga un dret essencial en el marc d'estes relacions. Tal com assenyala SÁNCHEZ CARÀS, op.cit, p. 129 (Cfr. COUCERO VIDAL, A: La información al paciente", Jano, 1991, pp. 79-81): "Hasta hace pocos años el acceso a la historia clínica y a los datos sanitarios en esa relación de beneficencia- paternalismo que el médico tenía con sus pacientes, era poco común o mejor dicho extraordinaria. Durante muchos años la información se consideraba un privilegio que el médico podía o no conceder a sus pacientes pero siempre según su criterio. Pero la medicina ya no puede ser un arte silencioso. El médico ha de ser consciente de que informar es una exigencia del deber de beneficencia que tiene hacia sus pacientes".