

El derecho a la intimidad del paciente: Estudio de su regulación en las Comunidades Autónomas españolas

THE RIGHT TO PRIVACY OF THE PATIENT: STUDY OF ITS REGULATION IN THE SPANISH AUTONOMOUS REGIONS

M^a Encarnación González Hernández, María Castellano Arroyo

Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física. Facultad de Medicina, Universidad de Granada

Resumen

Introducción: En el presente trabajo realizamos un análisis de la forma en que se ha regulado legalmente en España y sus CCAA el derecho del paciente a la intimidad. El estudio realizado nos lleva a pronunciarnos sobre la norma/s más acertadas en este propósito, para lo cual hemos fijado dos parámetros: en el primero se incluyen aquellas normativas que recogen la protección de la privacidad en base a la confidencialidad de los datos referidos a la salud del paciente, y la protección de la intimidad en lo referido a la esfera corporal del paciente en todo el proceso asistencial, y en el segundo, las garantías que las propias normativas disponen para hacer cumplir los aspectos citados. Hemos valorado en las normativas estudiadas, cual expresa con mayor precisión y garantías la protección de la Intimidad, y si lo ha establecido en base a los dos aspectos propuestos o solo a uno de ellos. En concreto, en razón a la confidencialidad de los datos, o a aspectos como el respeto a los valores culturales, morales y convicciones religiosas, así como la limitación de la presencia de otros profesionales, estudiantes o investigadores, circunstancias, junto a otras, que configuran la protección de los datos de salud personales y la protección de la esfera corporal del paciente.

Material y métodos: Hemos realizado el estudio tomando como Ley de referencia La Ley 41/2002, de ámbito estatal, y 17 normas autonómicas, de aquellas Comunidades Autónomas que han legislado al respecto. Se han seleccionado los extremos relativos al contenido en cada normativa del Derecho a la Intimidad, como son la protección de los datos asistenciales y la protección de la esfera corporal y los medios para garantizar la protección del derecho motivo de estudio.

Resultados: El resultado ha sido establecer una jerarquía cualitativa respecto a la idoneidad con que se ha redactado la regulación de la intimidad, respecto a los dos parámetros propuestos. Se valora qué norma/as son más efectiva tanto en la claridad y contundencia de su texto, como en la forma en que exigen el cumplimiento del mismo, como derecho fundamental del paciente.

Discusión: Se discuten las normas legales entre sí, con los criterios ya expuestos en el apartado anterior. Aunar la protección ambos criterios ofrece mayores garantías de cobertura a este importante derecho fundamental.

Conclusión: Como conclusión, consideramos que todas las normas analizadas garantizan de forma suficiente y adecuada el derecho a la intimidad, en general. Pero en los resultados hemos señalado aquellas que lo hacen de una manera más completa, al extender la protección a los dos criterios considerados y a más o menos aspectos de estos criterios.

Palabras clave: Derechos del paciente, confidencialidad, intimidad, derecho sanitario.

Abstract

Introduction: In this study we analyze how it is legally regulated in Spain and its Autonomous Regions the patient's right to privacy. The study leads us to rule on the standards most successful in this purpose, for which we have set two parameters: the first includes those regulations set out the privacy protection based on the confidentiality of data relating to patient health and protection of privacy with regard to the patient's corporal sphere, throughout the care process, and second, the guarantees have their own regulations to enforce the above elements. We evaluated in the regulations studied, which expresses more accurately and

guarantees the protection of Privacy Act, and if it has been established based on two aspects proposed or only one of them. Specifically, due to confidentiality of data, or issues such as respect for cultural values, moral and religious convictions, and limiting the presence of other professionals, students or researchers, circumstances, along with others, making up the protection of health and personal data protection sphere of patient body.

Material and Method: We conducted the study taking as reference the statal Law 41/2002, and 17 regional regulations, of those Autonomous Communities that have legislated on the matter. We have selected for the content on each rule of the Right to Privacy, the data protection care and the protection of the corporal sphere to ensure protection of the law being studied

Results: The result has been to establish a qualitative hierarchy regarding the adequacy with which it is issued the regulation of privacy with respect to the two proposed parameters. It assesses how standard is more effective in both clarity and forcefulness of his text, as in the way that require compliance with it as a fundamental right of the patient.

Discussion: We discuss the legislation with one another, with the criteria already set out in the previous section. The sum of these two criteria provides greater protection guarantees of coverage to this important fundamental right.

Conclusions: In conclusion, we believe that all analyzed standards ensure a sufficient and appropriate protection to the right to privacy in general. But the results have pointed out those that do a more complete, to extend protection to the two criteria considered as more or less aspects of these criteria. through this method. A stimulus pattern of 61 hexagons, with changes in luminance that subtends 60° of visual angle, was used. In all the patients, the densities of the recordings were lower than normal. Only in one patient, responses were obtained in all areas stimulated. In the rest, we found unresponsive areas that varied according to the type and severity of the disease. These results show the usefulness of multifocal electroretinography to determine the extent and location of the retinal degeneration of the patients.

Key words: Patient rights, confidentiality, privacy, health law.

1. Introducción

Las primeras referencias a la intimidad las encontramos en la edad Antigua, ligadas al Juramento hipocrático (460-370 a.C), que reconocía el deber del médico de callar lo que viera u oyere en el ejercicio de su profesión, considerándolo secreto, principio que tenía por objeto proteger la intimidad personal y familiar del enfermo, base de la confianza, imprescindible en la relación médico-enfermo.

En cuanto al concepto de intimidad, (1) serían aquellas manifestaciones de la personalidad individual o familiar cuyo conocimiento o desarrollo quedan reservados a su titular, o sobre las que ejerce alguna forma de control cuando se ven implicados terceros (entendiendo por tales tanto los particulares, como los poderes públicos).

La Ley de Protección de Datos Inglesa, reconocía en 1984, el Derecho a la Privacidad (Privacy) como el derecho a estar solo, a no ser molestado. Esta expresión inglesa, (2) fue acuñada en 1873 por el juez Cooley, en su obra *The Elements of Torts*. Posteriormente,

fue adoptada por los juristas estadounidenses Warren y Brandeis, quienes por primera vez en 1890 la formularon de una manera orgánica en un artículo publicado en la Revista "*Harvard Law Review*" bajo el título "*The right of privacy*"(3). Es importante reseñar que aunque previamente se practicara el deber de secreto, es entonces cuando éste se configura como derecho a la intimidad reconocido y protegido.

El término Privacidad (Privacy), (4) conlleva una protección menos enérgica, y viene referido a datos o informaciones no íntimas pero sí personales y restringidas a un número determinado de personas, generalmente elegidas por quién ejerce este derecho.

El Código de Ética y Deontología Médica español se refiere al derecho a la intimidad a través de la protección del secreto, en el capítulo V donde trata de manera extensa todas las vertientes posibles para conseguir el objetivo propuesto.

En España la evolución del reconocimiento legal del Derecho a la Intimidad ha venido

marcada desde 1978, con el art.18.1 de la Constitución española. Posteriormente fue la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad la que, en los apartados 1 y 2 del artículo 10, propugnaba el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con la asistencia sanitaria e insistía, en el artículo 61, en que debía quedar plenamente garantizado el derecho del enfermo a la intimidad personal y familiar, y el deber de guardar el secreto por quién, en virtud de sus competencias, tuviera acceso a su historia clínica.

En La Ley Orgánica 10/95, del Código Penal, (5) en el Título X :Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, señala en el artículo 199. 2 : *el profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.*”; principio ya contenido en el Código penal español de 1822, desaparecido en el de 1870 y recuperado, como acabamos de mencionar.

El Código penal no hace mención expresa a que el secreto se refiera a los datos de salud, lo que sí sucede con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, cuando en su artículo 7. 3 dice *“...Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente”*.

La Ley 41/2002, que vino a desarrollar el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, en su Capítulo III recoge el derecho a la intimidad en los artículos 7.1 y 7.2 donde señala que 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; dispone, asimismo, que los centros sanitarios adopten las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, elaborando las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. El retraso en la promulgación de esta Ley estatal, propició que numerosas Comunidades Autó-

nomas aprobaran su propia normativa sobre derechos de los pacientes, lo que nos ha llevado en este artículo a analizar la regulación que actualmente existe en España y los matices diferenciales, centrándonos exclusivamente en el derecho a la intimidad del paciente y seleccionando las propuestas más afortunadas en su redacción, a esta finalidad.

El derecho a la Intimidad incluye los siguientes aspectos: Lo que denominamos como “Contenido” de la norma, que incluye en primer lugar la protección de los datos de salud del paciente y en segundo lugar, el tratamiento que éste recibe durante el proceso asistencial, a esto lo denominamos y, en segundo lugar, lo que denominamos “Garantías” para referirnos a la fórmula que las normas incluyen para garantizar el cumplimiento del primer criterio y los aspectos que contiene.

Nuestro estudio tiene un objetivo crítico: comparar con qué nivel de precisión y garantía se protegen los criterios establecidos y desarrollados en el anterior apartado.

2. Materiales y métodos

El material para nuestro estudio ha sido la normativa legal que las diferentes Comunidades Autónomas españolas han aprobado sobre los derechos de los pacientes. Las Comunidades que tienen legislación propia son 17; las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se han adherido a la legislación estatal. La normativa legal objeto de análisis se expone en el ANEXO I.

Junto a ellas hemos tomado como referencia la legislación estatal Ley 41/2002, ya mencionada, con la que no existe contradicción por parte de las normativas autonómicas. No se ha establecido la comparación con La Ley 33/2011 de 4 de octubre de Salud Pública que, en su artículo 7 señala el derecho de todas las personas al respeto de su dignidad personal e intimidad ya que en su apartado segundo matiza que la información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 41/2002, objeto de nuestro estudio. Para el análisis comparativo entre las normas estudiadas se han seleccionado, como se ha dicho, dos criterios:

el Contenido o protección de los datos de salud y el respeto a la esfera personal del paciente, y las Garantías, o forma en que las leyes garantizan que estos derechos se cumplan. El objetivo ha sido estudiar la redacción de las normas, comprobando si incluyen en su texto la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos referidos a la salud del paciente, así como a la protección de la intimidad en todo el proceso asistencial. Una doble vertiente fundamental para la protección efectiva del Derecho a la Intimidad.

3. Resultados

Como resultado de nuestro estudio comparativo exponemos:

En la Tabla 1, se concretan los conceptos valorados a efectos de clarificar los resultados obtenidos.

- a) Protección de la privacidad y confidencialidad de los datos referidos a la salud del paciente.
- b) Protección de la intimidad en todo el proceso asistencial ,que incluye el respeto a la esfera corporal del paciente.

1.-CONTENIDO DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	
a)Protección de la Privacidad y confidencialidad de los datos referidos a la salud del paciente.	La intimidad se vincula a la protección que deben tener los datos de salud derivados de la relación asistencial respecto a cada paciente en particular.
b)Protección de la intimidad en todo el proceso asistencial. Incluye protección de la esfera corporal.	La intimidad se refiere al respeto de que goza la persona en relación a las exploraciones y pruebas para las que será imprescindible su consentimiento.

Tabla 1

En la Tabla 2,detallamos que normativas contemplan :

- a) Exclusivamente la protección de los datos de salud o
- b) Cuales incluyen en su redacción la protección de la esfera corporal durante el proceso asistencial.

2.-CONTENIDO DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	
Las siguientes leyes solo contemplan la protección de los datos, sin referencias a la propia persona en el proceso asistencial o acto médico aislado.	Ley estatal, Ley navarra, Ley catalana y Ley balear.
En todas las leyes siguientes se abarca la perspectiva del derecho a la intimidad desde la doble vertiente de la protección de datos y de la esfera corporal durante la asistencia.	Ley riojana, Ley murciana, Ley cántabra, Ley valenciana, Ley gallega, Ley extremeña, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley canaria, Ley castellano-leonesa, Ley vasca, Ley asturiana y Ley andaluza.

Tabla 2

En cuanto a las Garantías o forma en que las leyes instrumentan las medidas para garantizar el cumplimiento del derecho a la intimidad en sus dos vertientes vemos como las distintas Comunidades Autónomas escogen entre varias opciones. (Tablas 3,4 5 y 6).

Tabla 3 :

- a) Posibilidad de vigilar que los registros de

datos genéticos dispongan de los mecanismos necesarios para garantizar los derechos de las personas de las que estos datos proceden.

3.- GARANTIAS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	
a) Posibilidad de vigilar que los registros de datos genéticos dispongan de los mecanismos necesarios para garantizar los derechos de las personas de las que estos datos proceden. ▶	En las Leyes de Castilla-La Mancha, Murcia, Cataluña, Aragón, Cantabria, Navarra, Castilla-León, Valencia y Extremadura.

Tabla 3

Tabla 4:

b) Posibilidad que los datos personales se sometan al régimen de protección de la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

c) Posibilidad que garanticen el acceso legal a los datos, a través de la elaboración de normas y protocolos para ello.

4.- GARANTIAS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	
b) Que los datos personales se sometan al régimen de protección de la Ley 15/1999 de Protección de datos de carácter personal: ▶	Ley gallega y Ley andaluza
c) Que se garantice el acceso legal a los datos, a través de la elaboración de normas y protocolos para ello. ▶	Ley extremeña, Ley murciana, Ley navarra, Ley cántabra, Ley balear, Ley vasca y Ley asturiana.

Tabla 4

Tabla 5:

d) Posibilidad que tengan en cuenta la especial protección en los datos referidos a creencias, filiación, opción sexual o haber padecido malos tratos.

e) Posibilidad que se señale el deber de comunicar al usuario las razones y el modo de proporcionar la información disponible a terceros.

5.- GARANTIAS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	
d) Que tengan en cuenta la especial protección en los datos referidos a creencias, filiación, opción sexual o haber padecido malos tratos ▶	Ley extremeña y gallega.
e) Que se señale el deber de comunicar al usuario las razones y el modo de proporcionar la información disponible a terceros ▶	Ley navarra.

Tabla 5

6.- GARANTIAS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	
f) Que sólo se puedan desvelar los datos previstos legalmente. ▶	Ley balear.
g) Que prevalezca el juicio del equipo médico en situaciones de conflicto entre el derecho a la salud y a la intimidad. ▶	Ley cántabra.

Tabla 6

Tabla 6:

f) Posibilidad que solo se podrán desvelar los datos previstos legalmente.

g) Posibilidad que prevalezca el juicio del equipo médico en situaciones de conflicto entre el derecho a la salud y a la intimidad.

4. Discusión

Como resultado de nuestro estudio comparativo, respecto al Derecho a la Intimidad, hemos encontrado:

En cuanto al Contenido del Derecho a la Intimidad, la preocupación legislativa general va encaminada tanto a la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos referidos a la salud del paciente, como a la protección de la intimidad en todo el proceso asistencial. En el contexto que nos movemos, el derecho a la intimidad se vincula a la protección que deben tener los datos de salud derivados de la relación asistencial respecto a cada paciente en particular, así como el respeto de que goza la persona en relación a las exploraciones y pruebas, para las que será imprescindible su consentimiento.

Llama la atención la extensión de la Ley murciana, la Ley castellano-manchega, la Ley gallega, Ley asturiana y la Ley riojana, que no se limitan a mencionar la garantía de la confidencialidad de los datos, sino que profundizan en el respeto a los valores culturales, morales y convicciones religiosas, así como la limitación de la presencia de otros profesionales, estudiantes o investigadores, que no sean los responsables o encargados directos en la realización de las pruebas, si bien la Ley murciana matiza que se procurará compatibilizar las necesidades formativas con las preferencias personales del paciente.

La Ley cántabra añade el derecho del paciente a conocer la identidad y misión de los profesionales que intervienen en su atención, conocer la identidad añade confianza, ingrediente que también consideramos importante en la privacidad.

La Ley estatal, 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente, limita su referencia al acceso y confidencialidad de los datos, sin ahondar en el motivo que llevó a su recogida, como sucedía en las leyes anteriormente citadas.

No hay que olvidar, sin embargo, que el respeto a la intimidad afecta, dentro de los principios básicos de la Ley, a toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica personal. La Ley estatal basa el contenido del derecho a la intimidad, en la acepción de ésta como invasión en la esfera personal derivado del acceso a sus datos; la Ley extremeña señala la voluntad de no discriminación por ninguna causa y añade el compromiso de conseguir progresivamente que los pacientes puedan disfrutar de habitaciones individuales en sus centros hospitalario, objetivo ya conseguido en, al menos siete hospitales extremeños, y que ha constituido un gran paso en la consecución del respeto a la intimidad. A esto hay que sumar que en La Rioja, el Hospital de San Pedro cuenta con 630 camas y con un 82% de habitaciones individuales, si bien hasta el momento se mantiene el uso individual en todas las habitaciones del hospital. En Avilés un ejemplo de este progresivo uso de habitaciones individuales lo constituye el Hospital de San Agustín, en Valencia el Hospital La Fe, en Valladolid el Hospital Clínico, tendencia que se está adoptando en diversos centros de las distintas Comunidades Autónomas españolas. En nuestra opinión, pues, la precisión terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Un primer grupo que incluiría a las Leyes riojana, murciana, cántabra valenciana, gallega, extremeña, madrileña, aragonesa, canaria, castellano-leonesa, vasca, asturiana y Ley andaluza, ya que en todas ellas se abarca la perspectiva del derecho a la intimidad desde la doble vertiente de la protección de datos y de la esfera personal durante la asistencia.

2. Un segundo grupo en el que están la Ley estatal, la Ley navarra, la Ley catalana y la Ley balear, que solo contemplan la protección

de los datos, sin referencias a la propia persona en el proceso asistencial o acto médico aislado.

En cuanto a las **Garantías** del Derecho a la Intimidad, Las Leyes de Castilla-La Mancha, Murcia, Cataluña, Aragón, Cantabria, Navarra, Castilla-León, Valencia y Extremadura disponen que vigilaran que los registros de datos genéticos dispongan de los mecanismos necesarios para garantizar los derechos de las personas de las que estos datos proceden.

La Ley gallega y andaluza disponen que los datos personales se someterán al régimen de protección de la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

La Ley extremeña, la murciana, navarra, cántabra, balear, vasca y asturiana, hacen más extensiva la norma de garantizar el acceso legal a los datos, a través de la elaboración de normas y protocolos para ello, añadiendo la Ley extremeña y gallega, la especial protección en los datos referidos a creencias, filiación, opción sexual o haber padecido malos tratos. La Ley navarra, recoge el deber de comunicar al usuario las razones y el modo de proporcionar la información disponible a terceros y la Ley balear, señala que solo se podrán desvelar los datos previstos legalmente. Especial mención requiere la Ley cántabra que detalla que prevalecerá el juicio del equipo médico en situaciones de conflicto entre el derecho a la salud y a la intimidad; esta excepción se relaciona con situaciones en las que guardar a ultranza el derecho individual a la intimidad podría significar un riesgo para la salud pública o para las personas que convivan más directa o íntimamente con el paciente, lo que puede justificar jurídicamente poner el derecho colectivo a la protección de la salud, sobre el individual a la intimidad.

Consideramos de interés comentar que el Código de Ética y Deontología Médica dedica a la protección de la intimidad del paciente un capítulo relacionado estrechamente con el deber de secreto tipificado como delito en el Código penal cuando se revelan secretos de forma dolosa o imprudente. El Código refuerza todo lo exigido en las normas legales ya comentadas, dando un paso más hacia la excelencia y la exigencia de perfección deontológica, ligada a la

personalización de cada caso y a la individualización del trato asistencial en todas sus facetas.

El médico tiene que exigir la misma responsabilidad a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios, teniendo al respecto un deber de educación en cuanto al deber de sigilo. En el caso de personas de notoriedad pública, hará constar la autorización correspondiente de la persona afectada o responsable de la misma, cuando la información merezca publicidad.

La presencia de estudiantes de Medicina y residentes en las consultas ginecológicas de los hospitales españoles es habitual. Sin embargo, la práctica general no incluye solicitar a las pacientes su consentimiento. La Asociación El Defensor del Paciente sostiene que es una "vulneración al derecho a la intimidad" y, por tanto, lo considera intolerable, aunque es consciente de que apenas se protesta por este motivo. Los ginecólogos españoles consideran que quien acude a un hospital universitario consiente tácitamente. Javier Sánchez-Caro, experto en Derecho Sanitario, sostiene que, si la regla general fuera preguntar, entonces no se podría enseñar, lo que repercutiría en la calidad médica en España (6).

Es un debate entre el derecho a la Intimidad en los Hospitales Universitarios y la buena formación práctica de nuestros médicos, en el que nos decantamos por la buena formación de los profesionales a los que hay que formar, también en sus deberes deontológicos y en el deber de secreto y respeto a la integral intimidad del paciente; por tanto, la actividad asistencial sirve para formación del médico tanto en lo científico-técnico como en lo ético-deontológico. No obstante se respetará siempre el deseo del paciente que se oponga a la presencia de profesionales no directamente comprometidos en su asistencia.

5. Conclusión

En nuestra opinión, como conclusión, todas las normas analizadas garantizan de forma suficiente y adecuada el derecho a la intimidad en lo referente a la protección de los datos de salud y personales, tanto en su obtención como en su procesamiento y custodia, contando siempre con el respaldo legal de la Ley 15/1999, de protección de datos aplicable a cualquier caso. No obstante las garantías, no solo a la intimidad

sino también a la dignidad de la persona, aumentan cuando se hace referencia a la delicadeza que merecen los actos médicos respecto a la esfera personal (exploraciones y otros).

Se establecen fórmulas para garantizar el cumplimiento del contenido de las normas en todas ellas, aunque en algunas de forma más clara y contundente.

Referencias

1. Romeo Casabona CM. Tendencias actuales sobre las formas de protección jurídica ante las nuevas tecnologías. Poder Judicial 1993; 31:163-164.

2. Cuervo J. La intimidación informática del trabajador. Alfa Redi 1998;003:1681-5726.

3. Saldaña MN. El derecho a la privacidad en los Estados Unidos: aproximación diacrónica a los intereses constitucionales en juego. UNED Teoría y Realidad Constitucional 2011; 28:79-280

4. Calcedo Ordóñez A. Secreto médico y Protección de Datos Sanitarios en la Práctica Psiquiátrica. Madrid: Médica Panamericana; 2000.

5. Castellano Arroyo, M; Gisbert Calabuig JA. El Secreto Médico. Hª Clínica. Confidencialidad y otros problemas médico-legales de la documentación clínica. Medicina Legal y Toxicología. 6ª Ed. Barcelona: Masson; 2004

ANEXO I

Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994. Revisado en 2005 y 2006.

Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

Carta Médico-Social de Nuremberg, 1967.

Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la Protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina Oviedo 4 de abril de 1997. BOE núm. 261, 20 de octubre de 1999, pp. 36825-36830. Corregido según BOE de 11 de noviembre de 1999.

Código Español de Ética y Deontología Médica 2011. Organización Médica Colegial Española.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (L.G.S). BOE, 29 de abril de 1986, num. 102, p. 15207-24.

Constitución española 1978. BOE número 311 de 29/12/1978, páginas 29313 a 29424

Ley Orgánica 15/95 Código Penal. BOE número 281 de 24/11/1995, páginas 33987 a 34058

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE, 14-diciembre-1999.

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 número 274 de 15/11/2002, páginas 40126 a 40132

Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, que regula y desarrolla los derechos relativos a la intimidad y confidencialidad, a la información y documentación sanitaria y los relacionados con los servicios asistenciales. BOE 13 octubre 2010. Proyecto de Ley de Salud Pública el 7 de Febrero de 2011.

Ley 11/94, de 26 de julio, de Derechos y Deberes de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC 5-8-94. Proyecto Ley de Sanidad aprobado por el Gobierno en reunión 26 de agosto de 2010.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA núm. 74, de 4 de julio y BOE núm. 185, de 4 de agosto. Ley 16/2011 de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía. BOE-A-2012-879.

Ley 21/2000, de Cataluña, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente, y a la documentación clínica; B.O.E. núm. 29, de 2 de febrero de 2001. Ley 16/2010 de 3 de junio, de modificación de la Ley 21/ 2000, de Cataluña, de 29 de diciembre (Nº ref. 393/2001), sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. BOE-A-2010-10215.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM de 26 de diciembre de 2001.

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. BOE núm. 121, de 21 de mayo 2002, pp. 18061-79.

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja. BOE núm. 106, de 3 de mayo 2002, pp. 16210-37.

Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación sanitaria de Cantabria. BOE núm. 6, de 7 de enero 2003, pp.

Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de les Illes Balears. BOE nº. 110,8 de mayo de 2003;17438-55.

Ley 29 /2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley Foral de Navarra, 11 /2002 de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. BOE núm. 120 de 20 de mayo de 2003.

Ley 8/2003 de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla-León. B.O.C. y L. nº 71 de 14-04-2003.

Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad valenciana. BOE 48 de 25 de febrero de 2003.

Ley de Galicia, 3/2005 de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

Ley 8/2008 de 10 de julio de Salud de Galicia. BOE 93, de 19 de abril 2005, pp13364-8.

Ley 3/2005 de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura. BOE núm. 186, de 8 de agosto 2005, pp. 27513-24.

Ley 3/2009 de 11 de Mayo de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. BOE no. 34, 9-2-2011, p. 13608.

Ley 1/1992 de 2 de julio del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOPA 13 Julio / BOE 2 Septiembre.

Decreto 38/2012 de 13 de marzo sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. BOPV 29/03/2012. Ley 8/1997 de 26 de junio de Ordenación sanitaria de Euskadi. BOPV nº 138/21.7.97.