

TESIS DOCTORAL

LA PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES
EN LA UNIÓN EUROPEA:
LEGISLACIÓN COMPARADA

M^a de la Encarnación González Hernández
Granada 2009

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: M^a de la Encarnación González Hernández
D.L.: GR 2380-2010
ISBN: 978-84-693-1331-2

TESIS DOCTORAL

LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES
EN LA UNIÓN EUROPEA: LEGISLACIÓN COMPARADA

M^a de la Encarnación González Hernández

Directora:

Dra. María Castellano Arroyo

Universidad de Granada

Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría

Granada 2009

A mis padres, hijas y hermano,
con un especial recuerdo
a mi marido, que
ya no está entre nosotros

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, Dña. María Castellano Arroyo, por encontrar siempre tiempo para atenderme, en una agenda tan sumamente ocupada, por confiar en mi trabajo en todos estos años y por orientar un estudio que sin su ayuda y dirección no habría sido posible. Muchísimas gracias.

Por mediación de la Dra. Castellano conocí al Dr. Gonzalo Herranz, al que agradezco impulsar mi trabajo en los comienzos, con el envío de la conferencia de Lecce y consejos para conocer la obra de Carl E. Schneider.

Al Profesor Don Enrique Villanueva por el respaldo tan sumamente importante que supone haber accedido a su obra de primera mano.

Al Prof. André Goncalo Dias Pereira de Portugal; a la Dra. Danuta Deboa y a la Prof. Malgorzata Wojciechowska de Polonia; a la Prof. Eva Backerling de Suecia; a la Dra. Iлона Mathe de Hungría y a la Prof. Sidsel Rodge y a Inge Morild de Noruega. Todos ellos han respondido a mis solicitudes de documentación e información amablemente.

Quiero agradecer al Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría, su entrañable acogida y trato durante estos años, con un recuerdo especial a Margarita Jiménez.

Por último quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia. A mi padre por su gran ilusión en que yo terminara mi tesis, a mi madre, hijas y hermano por apoyarme en mi trabajo y a mi difunto marido, que por desgracia no ha podido ver el resultado de estos años de estudio.

INDICE

I. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	15
II. DERECHOS DE LOS PACIENTES Y USUARIOS EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	17
II.1. EL ESTADO DE DERECHO Y LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES	26
II.2. CONCEPTO DE ENFERMO PACIENTE Y USUARIO.....	30
II.3. DERECHO A LA INTIMIDAD	33
II.3.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA	33
II.3.2. PROTECCIÓN DEONTOLÓGICA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD ..	42
II.4. DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	43
II.4.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA	43
II.4.2. PROTECCIÓN DEONTOLÓGICA DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	52
II.5. DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO.....	53
II.5.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA	53
II.5.2. PROTECCIÓN DEONTOLÓGICA DEL DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO.....	61
III. MATERIAL Y MÉTODO EN LA RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN REFERENTE A ESPAÑA Y A LA UE	63
III.1. BÚSQUEDA DE LA NORMATIVA A NIVEL DE ESPAÑA.....	63
III.2. BÚSQUEDA DE LA NORMATIVA A NIVEL DEL RESTO DE LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA.....	66
IV. RESULTADOS REFERIDOS A ESPAÑA	69
IV.1. DOCUMENTACIÓN LEGISLATIVA.....	69
IV.2. TABLA CCAA.....	74
V. DISCUSIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A ESPAÑA	125
V.1. DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	125
V.1.1. INFORMACION ASISTENCIAL	125

V.1.1.1.	Aspectos generales	125
V.1.1.1.1.	Motivo	125
V.1.1.1.2.	Cantidad de información	127
V.1.1.1.3.	Renuncia a la información.....	129
V.1.1.1.4.	Modo de la información	130
V.1.1.1.5.	Constancia en la historia clínica.....	131
V.1.1.1.6.	Contenido de la información	131
V.1.1.1.7.	Veracidad de la información	132
V.1.1.1.8.	Forma de dar la información	133
V.1.1.1.9.	Información como ayuda para tomar una decisión	134
V.1.1.1.10.	Garantía del derecho a la información	135
V.1.1.1.11.	Garantía del derecho a la información por otros profesionales...	135
V.1.2.	TITULAR DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL ...	136
V.1.2.1.	Aspectos generales	136
V.1.2.1.1.	Titular	136
V.1.2.1.2.	Incapacidad.....	137
V.1.2.1.3.	Capacidad de entendimiento	137
V.1.2.1.4.	Limitación del derecho a la información.....	138
V.1.3.	INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	138
V.1.3.1.	Contenido de la información epidemiológica	139
V.2.	DERECHO A LA INTIMIDAD	140
V.2.1.	CONTENIDO.....	140
V.2.2.	GARANTÍAS DEL DERECHO A LA INTIMIDAD	141
V.3.	DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RESPETO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	141
V.3.1.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	141
V.3.2.	FORMA DE DAR EL CONSENTIMIENTO.....	142
V.3.3.	DERECHO A AUTORIZAR LA PARTICIPACIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.....	143
V.3.4.	REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.....	144
V.3.5.	LIMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	145
V.3.6.	EXCEPCIONES A LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO.....	145
V.3.7.	CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN Y SUSTITUCIÓN....	146
V.3.8.	INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO Y PRÁCTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN.....	148
V.3.9.	CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN A FAVOR DEL PACIENTE.....	148
V.3.10.	CONDICIONES DE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO POR ESCRITO.	149

V.4.	INSTRUCCIONES PREVIAS.....	149
V.5.	DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	150
V.6.	EXPRESIÓN NUMÉRICA DE LA CALIDAD DE LAS NORMATIVAS EN ESPAÑA.....	152
VI.	RESULTADOS REFERIDOS A LA NORMATIVA EN LA UE	157
VI.1.	MARCO GENERAL DE LA NORMATIVA EN LA UE.....	157
VI.2.	LEGISLACIONES LOCALES EN LOS PAÍSES INTEGRADOS EN LA UE	158
VI.2.1.	ALEMANIA.....	159
VI.2.1.1.	Derecho a la Intimidad	159
VI.2.1.2.	Derecho a la Información y a dar el Consentimiento	160
VI.2.2.	AUSTRIA.....	160
VI.2.2.1.	Derecho a la Intimidad	162
VI.2.2.2.	Derecho a la Información	162
VI.2.2.3.	Derecho a dar el Consentimiento	162
VI.2.3.	BÉLGICA.....	163
VI.2.3.1.	Derecho a la Intimidad	163
VI.2.3.2.	Derecho a la Información	164
VI.2.3.3.	Derecho a dar el Consentimiento	165
VI.2.4.	BULGARIA	165
VI.2.4.1.	Derecho a la Intimidad	167
VI.2.4.2.	Derecho a la Información y derecho a dar el Consentimiento	167
VI.2.5.	CHIPRE	169
VI.2.5.1.	Derecho a la Intimidad	171
VI.2.5.2.	Derecho a la Información.	171
VI.2.5.3.	Derecho a dar el Consentimiento	172
VI.2.6.	DINAMARCA.	172
VI.2.6.1.	Derecho a la Intimidad.	172
VI.2.6.2.	Derecho a la Información y Derecho a dar el Consentimiento.....	173
VI.2.7.	ESLOVAQUIA	175
VI.2.7.1.	Derecho a la Intimidad	175
VI.2.7.2.	Derecho a la Información y Derecho a dar el Consentimiento.....	176
VI.2.8.	ESLOVENIA.....	177
VI.2.8.1.	Derecho a la Intimidad	177
VI.2.8.2.	Derecho a la Información	178
VI.2.8.3.	Derecho a dar el Consentimiento.	178

VI.2.9.	ESTONIA.....	179
VI.2.9.1.	Derecho a la Intimidad	179
VI.2.9.2.	Derecho a la Información.....	180
VI.2.9.3.	Derecho a dar el Consentimiento	180
VI.2.10.	FINLANDIA.....	181
VI.2.10.1.	Derecho a la Intimidad	182
VI.2.10.2.	Derecho a la Información.....	183
VI.2.10.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	184
VI.2.11.	FRANCIA	186
VI.2.11.1.	Derecho a la Intimidad	187
VI.2.11.2.	Derecho a la Información.....	188
VI.2.11.3.	Derecho a dar el Consentimiento	190
VI.2.12.	GRECIA.....	194
VI.2.12.1.	Derecho a la Intimidad	194
VI.2.12.2.	Derecho a la Información.....	195
VI.2.12.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	195
VI.2.13.	HUNGRIA.....	196
VI.2.13.1.	Derecho a la Intimidad	197
VI.2.13.2.	Derecho a la Información.....	197
VI.2.13.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	198
VI.2.14.	IRLANDA.....	199
VI.2.14.1.	Derecho a la Intimidad	199
VI.2.14.2.	Derecho a la Información.....	199
VI.2.14.3.	Derecho a dar el Consentimiento	199
VI.2.15.	ITALIA.....	201
VI.2.15.1.	Derecho a la Intimidad	202
VI.2.15.2.	Derecho a la Información.....	202
VI.2.15.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	203
VI.2.16.	LETONIA.....	204
VI.2.16.1.	Derecho a la Intimidad	205
VI.2.16.2.	Derecho a la Información.....	205
VI.2.16.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	206
VI.2.17.	LITUANIA.....	206
VI.2.17.1.	Derecho a la Intimidad	207
VI.2.17.2.	Derecho a la Información.....	208
VI.2.17.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	210
VI.2.18.	LUXEMBURGO.....	211
VI.2.18.1.	Derecho a la Intimidad	212
VI.2.18.2.	Derecho a la Información.....	213
VI.2.18.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	213

VI.2.19.	MALTA.....	214
VI.2.19.1.	Derecho a la Intimidad	215
VI.2.19.2.	Derecho a la Información.....	215
VI.2.19.3.	Derecho a dar el Consentimiento	215
VI.2.20.	PAISES BAJOS (HOLANDA).....	217
VI.2.20.1.	Derecho a la Intimidad	219
VI.2.20.2.	Derecho a la Información	219
VI.2.20.3.	Derecho al dar el Consentimiento.....	220
VI.2.21.	POLONIA.....	220
VI.2.21.1.	Derecho a la Intimidad	220
VI.2.21.1.1.	Derecho a la Intimidad en la Ley 30 agosto de 1991.....	220
VI.2.21.1.2.	Derecho a la Intimidad en la Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996	221
VI.2.21.1.3.	Derecho a la Intimidad en la Ley de la profesión de enfermeras y comadronas de la técnica sanitaria de 5 de julio de 1996.....	221
VI.2.21.1.4.	Derecho a la Intimidad en la Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994.....	221
VI.2.21.1.5.	Derecho a la Intimidad del paciente definido en la Ley de extracción y trasplante de células, tejidos y órganos de 26 de octubre de 1995	221
VI.2.21.2.	Derecho a la Información.....	222
VI.2.21.2.1.	Derecho a la Información en la Ley 30 agosto 1991.....	222
VI.2.21.2.2.	Derecho a la Información en la Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996	222
VI.2.21.2.3.	Derecho a la Información en la Ley de la profesión de enfermeras y comadronas de la técnica sanitaria de 5 de julio de 1996.....	222
VI.2.21.2.4.	Derecho a la Información en la Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994.....	223
VI.2.21.3.	Derecho a dar el Consentimiento.....	223
VI.2.21.3.1.	Derecho al Consentimiento Informado en la Ley 30 agosto 1991	223
VI.2.21.3.2.	Derecho al Consentimiento Informado en la Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996	223
VI.2.21.3.3.	Derecho al Consentimiento Informado en la Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994.....	224
VI.2.21.3.4.	Derecho al Consentimiento Informado del paciente definido en la Ley de extracción y trasplante de células, tejidos y órganos de 26 de octubre de 1995.....	224

VI.2.22.	PORTUGAL.....	225
VI.2.22.1.	Derecho a la Intimidad	225
VI.2.22.2.	Derecho a la Información.....	226
VI.2.22.3.	Derecho a dar el Consentimiento.	227
VI.2.23.	REINO UNIDO.....	229
VI.2.23.1.	Derecho a la Intimidad.	229
VI.2.23.2.	Derecho a la Información.....	230
VI.2.23.3.	Derecho a dar el Consentimiento.	231
VI.2.24.	REPÚBLICA CHECA.....	232
VI.2.24.1.	Derecho a la Intimidad (leyes 20/66, 48/07 y 256/92).....	232
VI.2.24.2.	Derecho a la Información (leyes 20/66, 48/07 y 256/92).....	232
VI.2.24.3.	Derecho a dar el Consentimiento (leyes 20/66, 48/07 y 256/92).....	233
VI.2.25.	RUMANIA.....	233
VI.2.25.1.	Derecho a la Intimidad -Capítulo 4- (art.21-25)	233
VI.2.25.2.	Derecho a la Información -Capítulo 2- (art. 4-12)	234
VI.2.25.3.	Derecho a dar el Consentimiento -Capítulo 3- (art.13-20).....	234
VI.2.26.	SUECIA	234
VI.2.26.1.	Derecho a la Intimidad y Derecho a la Información.	235
VI.2.26.2.	Derecho a dar el Consentimiento	236
VI.3.	TABLA DE RESULTADOS EN LA UE	238
VII.	DISCUSIÓN EN LA U.E	253
VII.1.	DERECHO A LA INTIMIDAD	255
VII.2.	DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	256
VII.3.	DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO.	258
VII.4.	EXPRESIÓN GRUPAL DE LA CALIDAD DE LAS NORMATIVAS EN LA U.E	261
VIII.	CONCLUSIONES SOBRE LA NORMATIVA ESPAÑOLA.....	263
IX.	CONCLUSIONES SOBRE LA NORMATIVA EN LA U.E.....	269
X.	PROPUESTAS	273
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	275

I. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

Los derechos de los pacientes y usuarios tienen una larga historia ligada a los derechos humanos. Tras el reconocimiento del derecho a la vida como universal y común a todas las personas, se pasó a reconocer el derecho a la libertad, a la propiedad privada, al trabajo en condiciones dignas y, así, de forma paulatina, aparece el derecho a la protección de la salud, cuyo desarrollo se efectúa en el siglo XIX, ligado al proceso industrial y a los daños originados por el trabajo. La protección de la salud se ejecuta a través de la asistencia sanitaria, y en su base está la relación médico-enfermo/paciente/usuario.

La historia de los derechos de los pacientes se expondrá más adelante extensamente, pero ya aquí queremos hacer mención de la última normativa legal española consolidadora de numerosos e importantes conceptos. Nos referimos a la Ley 41/2002 *básica de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (B.O.E. núm. 274/2002 de 15-11-2002)¹, (Ley 41/2002) que ha venido a desarrollar los derechos de los pacientes y usuarios, antes concentrados en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

En el presente trabajo desarrollaremos:

- El reconocimiento y protección en la normativa española de los tres derechos del paciente más importantes, el derecho a la Intimidad, a la Información y a dar el Consentimiento, todo ello en el contexto de la asistencia sanitaria.
- En una primera parte del trabajo procederemos a comparar la forma en que estos derechos están actualmente regulados en las diferentes Comunidades Autónomas españolas (CCAA). Teniendo como referencia la ley nacional ya mencionada, 41/2002.
- Posteriormente, procederemos a comparar la normativa existente en reconocimiento y protección de los derechos de los pacientes en los diferentes países que integran la Unión Europea (UE).

- De estas comparaciones, con componente crítico extenso, pretendemos obtener unos criterios que nos lleven a proponer actuaciones concretas en materia de cumplimiento de estos derechos, básicos en una adecuada relación médico paciente y fundamentales en los resultados finales del acto médico. Consideramos importante conseguir en estos temas un equilibrio entre la protección del derecho concreto, la eficacia y eficiencia en el resultado de dicha aplicación y el mayor respeto a la Autonomía de las personas.

II. DERECHOS DE LOS PACIENTES Y USUARIOS EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En España el primer documento legal que recoge expresamente los derechos de los pacientes es la Ley 14/1986 General de Sanidad², que en su artículo 10 concentraba todos y cada uno de los derechos con una breve, pero clara redacción.

No obstante, aunque en España se inició el proceso de desarrollo del Art.10 de la LGS a mediados de los años 90, la dificultad que tiene la tramitación de una Ley sobre derechos fundamentales de las personas, dio lugar a que varias CCAA se adelantaran, con la elaboración de leyes propias reguladoras de los Derechos de los pacientes, cuando la ley estatal 41/2002 se encontraba en fase de Proyecto de Ley.

La LGS pasó por varios Anteproyectos, en los que el artículo 10 se dedicaba a regular los derechos de los pacientes y usuarios de la sanidad, incorporando pequeñas modificaciones en cada uno de los sucesivos documentos. Así, en el Anteproyecto de diciembre de 1983 aparece por primera vez el derecho del usuario y sus allegados a recibir información. En el Anteproyecto de septiembre de 1984, se da un paso más hacia el intento de reconocimiento de unos derechos básicos de todos los ciudadanos, respecto al sistema sanitario. En el artículo 3 del Anteproyecto de enero de 1985, se añadió el derecho a la gratuidad de las atenciones básicas del sistema de salud, que en el documento posterior de febrero de 1985 quedó expresado de modo menos rotundo; junto a ello, en el artículo 61 se hacía una referencia de salvaguarda del derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar.

Según Oroz³, el Proyecto de Ley General de Sanidad aprobado en el Consejo de Ministros de 2 de abril de este año 1985, había introducido modificaciones respecto al inmediatamente anterior de marzo de 1985, aunque éstas se referían solo a asuntos de la financiación.

En España la LGS sistematizó todo lo referente a la asistencia sanitaria en diversos capítulos que hacían referencia al sistema de salud, a las actuaciones sanitarias de dicho sistema, a la salud laboral a la intervención pública en relación con la salud, y a las infracciones y sanciones, pero al representar el primer gran marco legal en el sector sanitario, es lógico que todas las expectativas no pudieran resolverse en un primer momento. Así encontramos como la Ley 41/2002, sin discutir principios básicos, vino a desarrollar algunos aspectos que se expresaban en la citada LGS de forma muy escueta. En los artículos 4, 5 y 6, se desarrolla el derecho a la Información, fundamentalmente

contenido en los párrafos 4 y 5 del Art. 10.

Por tanto, existía la necesidad de una renovación de la LGS, cuyos principios básicos no se discuten pero sí la necesidad de un desarrollo normativo más extenso.

Según Martínez Martín⁴, la LGS presentaba lagunas notables. Los redactores de dicha ley, más preocupados por la integración de las organizaciones públicas, entonces dispersas, y la construcción de una red institucional unitaria, pusieron todo el énfasis en el "continente" y poco en el "contenido", definiendo al Sistema Nacional de Salud, como una agrupación de organizaciones sanitarias, más o menos articuladas, olvidándose de considerarlo en su aspecto esencial como un conjunto de derechos de los ciudadanos, con contenidos precisos y concretos, en garantía de la igualdad, solidaridad y equidad.

Esto se corresponde en el tiempo, con la evolución democrática española y su equiparación como estado de derecho al resto de los países de Europa.

La segunda mitad del siglo XX, ha sido sin duda el momento histórico clave, para obtener la consecución práctica de unas demandas sociales en el campo de la Sanidad Pública que, en apenas medio siglo, han logrado un avance que supone un respeto al ser humano, reflejado desde el propio respeto a la persona, al poder dignificar su calidad de vida, a través de lo máspreciado, la Salud. Dicho "Bien" constituye, un derecho muy concreto y lograr una atención sanitaria, y, sobre todo, que se plasme en una protección legal, es lo que va a asegurar la continuidad de ese derecho.

De la misma forma que se han obtenido logros importantísimos en materia de igualdad de derechos entre ambos sexos o en derechos sindicales, y ello se conseguía por iniciativa de los interesados y afectados, en el tema que abordamos, para obtener normas que mejoren la situación de los pacientes, llama la atención la actitud "luchadora" y vanguardista el personal docente del sector sanitario para su consecución, así como de profesionales procedentes de las ciencias de la salud y del derecho, preocupados por el tema, y de organizaciones internacionales como Naciones Unidas, UNESCO, la Organización Mundial de la Salud o más recientemente la Unión Europea o el Consejo de Europa.

La exposición de motivos de la LEY 41/2002 señala esta proporcionalidad entre los derechos de los pacientes y el interés de distintas organizaciones internacionales, antes mencionadas, que desde finales de la Segunda Guerra Mundial, vienen demostrando, al impulsar Declaraciones o promulgar normas jurídicas sobre aspectos, tanto genéricos como específicos, relacionados con esta materia.

Exponemos a continuación, a modo de pinceladas históricas, leyes, Códigos y hechos que marcaron la evolución y consecución de logros en la materia que nos ocupa. Se alternan los sucesos en España con los acontecidos fuera de sus fronteras, pero se respeta un estricto orden cronológico, que nos proporcione una perspectiva global y temporal.

- La Declaración de 1793, a raíz de la revolución francesa, establece que los socorros públicos al enfermo son una deuda sagrada.
- La Ley de Beneficencia, promulgada en España el 6 de febrero de 1822, tras las Cortes de Cádiz de 1812, asume la idea de ayuda en situaciones de menesterosidad. Esta Ley pretendió institucionalizar un sistema público de protección para las personas desvalidas niños, viudas y pobres, sentando las bases para un sistema general de Beneficencia, que precisamente se identifica con esta denominación. Encomienda a los ayuntamientos "*cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban*"(Art. 321.6º).
- La Ley de Beneficencia de 1849 dispone el derecho de los pobres y menesterosos de ser recibidos y asistidos en establecimientos públicos sanitarios.
- La Ley de 28 de noviembre de 1855 crea la Dirección General de Sanidad que fue cambiando el término de Dirección por el de Inspección, hasta la Ley de Bases de 1944, que mantuvo el mismo esquema organizativo. Ya el 14 de diciembre de 1942 se había constituido el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión generándose, mediante la cotización, el derecho subjetivo a percibir prestaciones sanitarias.
- En Europa, los principios básicos enumerados en el Código de Nüremberg⁵, en 1946, forman el primer conjunto de reglas que ponen en relación lo que hoy conocemos como Bioética y los derechos humanos.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, establece el derecho de toda persona a un nivel de vida que le asegure la salud. Esta Declaración, ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente, aparte de múltiples declaraciones internacionales, de mayor o menor alcance e influencia, que se han referido a dichas cuestiones. Dos años antes, en el preámbulo del acto constitutivo de la Organización Mundial de la Salud, ya se afirmaba que la salud constituye uno de los Derechos Fundamentales del ser humano.

- La Carta Social Europea de 1961, plasma en su normativa los derechos de los usuarios.
- La Ley 193/1963 de 28 de diciembre, organiza en España la asistencia sanitaria de la población laboral.
- La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, de 1964⁶, en sus artículos 22-26, trata el derecho a ser informado, a dar el consentimiento y la representación legal de los enfermos en distintos supuestos.
- La Carta de los Derechos del Paciente de la Asociación Norteamericana de Hospitales el 8 de enero de 1973, aparecía al mismo tiempo que en España la Ley de Perfeccionamiento de la Seguridad Social (S.S).
- En 1974 el *Department of Health, Education, and Welfare (DHEW)* norteamericano, estableció una serie de regulaciones necesarias para llevar a cabo investigación en seres humanos, al mismo tiempo que el Congreso norteamericano ponía en marcha la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Informe Belmont)*, elaborado en USA y publicado en 1979.⁷ En el informe se expresa la incuestionabilidad del consentimiento informado, que debe contener tres elementos fundamentales: la información, la comprensión y la voluntariedad, pero no deja de reflejar la controversia que suscita cuando se trata de definir la naturaleza y las posibilidades del mismo.
- El Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social fue aprobado, en España por el Decreto 2065/1974 de 30 de mayo.
- El Real Decreto 1.082 de 25 de agosto de 1978 (B.O.E. 1-9-1978) es el primer documento importante desde el punto de vista codificador ya que contenía las normas provisionales de gobierno, administración y garantías de los usuarios de los hospitales públicos. Este decreto ha sido declarado nulo por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, en Sentencia de 10-12-1982 por haberse prescindido del preceptivo dictamen del Consejo de Estado, en su proceso de elaboración, al considerarlo un reglamento ejecutivo. Por tanto, el decreto ha perdido su valor normativo, pero como mero documento, sigue teniendo el valor de ser el primer intento serio de codificación de los derechos de los pacientes en España.

- La Constitución Española de 27 de diciembre 1978. (B.O.E. Núm.311-1 de 29 de diciembre de 1978)⁸, en su Art. 43 reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, marco legal fundamental de nuestro estudio y cuya formulación forzó el impulso de la Ley 14/1986, General de Sanidad documento definitivo en lo referente al nacimiento normativo de derechos de los enfermos en España.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente (Lisboa 1981, Bali 1995, Santiago de Chile 2005).⁹
- Posteriormente, según Escrihuela Morales¹⁰, se publica un Proyecto para un Código de Derecho del Enfermo en 1983 y, finalmente la LGS.
- Con fecha 1 de octubre de 1984, el INSALUD puso en marcha un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en 15 de sus hospitales. El día 1 de diciembre se realizó una segunda fase, incorporando al plan 30 nuevos hospitales. Estos 45 centros representaban el 65% de las camas del área que gestionaba el INSALUD, es decir, toda España, excepto Andalucía y Cataluña. El Plan de Humanización, que pretendía mejorar la calidad de la atención hospitalaria a todos los niveles y hacer más confortable la estancia de los pacientes en los centros del Instituto Nacional de la Salud, constituyó el nuevo modelo de Gestión Hospitalaria. Este se acompañó de la organización de debates sobre la aplicación práctica de los derechos de los pacientes en los que participaron juristas, médicos clínicos, médicos forenses y profesores de Medicina Legal.

Según, Gallego Riestra, Hinojal Fonseca y Rodríguez Getino¹¹ la motivación de este programa es que la enfermedad produce una situación de indefensión en el enfermo, por lo cual es preciso una asistencia lo más humana posible que trate de paliarla, a la vez que se lucha contra la despersonalización originada por la tecnología y la masificación existente en los grandes hospitales. El plan se concretó, entre otras medidas, en una Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes que aún se distribuye entre los mismos a su ingreso y son los manejados por el personal de los Servicios de Atención al Paciente, creados por el mismo Plan de Humanización.

- El Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre, extendió el derecho a la asistencia por parte de la Seguridad Social a todos los españoles.

- La Declaración de la OMS promovida en 1994 por la Oficina Regional, favorecía la difusión de los derechos de los pacientes a nivel de la Europa de entonces.
- La Directiva 95/46 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, cabe citarla por su importancia en la protección del Derecho a la Intimidad.
- La Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, estuvo vigente hasta el 14 de enero de 2000.
- La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, derogó a la anteriormente citada y es la vigente en la actualidad.
- Es necesario subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina, suscrito el día 4 de abril de 1997, firmado en Oviedo, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000). Dicho Convenio es una iniciativa capital que a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias. Se le conoce también como Convenio Europeo de Bioética o Convenio de Oviedo.

- El Código de Ética y Deontología Médica de 1999, recoge, como en el precedente, los derechos fundamentales de los pacientes (Intimidad, confidencialidad, información y consentimiento), pero desde la perspectiva del deber de los médicos y de la propia autoexigencia corporativa en aras de la mejor calidad en la relación médico-paciente.
- La llamada "Recomendación 2000", aprobada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, aprobada en febrero del año 2000, propone a sus Estados Miembros una serie de medidas para hacer efectiva la coparticipación de los usuarios en la toma de decisiones en Asistencia Sanitaria.

En las últimas tres décadas este proceso de avance legislativo se llevó a cabo gracias a la divulgación de las demandas legislativas y derechos entre los profesionales, los pacientes, usuarios y los diferentes profesionales que intervendrían respecto a ellos.

En el primer grupo los profesionales sanitarios dedicados a la docencia, realizaron esta labor con la impartición de cursos de doctorado en Facultades de Medicina, celebración de Congresos, y aumento del número de publicaciones de la materia. Asignaturas como Medicina Legal, Bioética y Derecho sanitario impulsan el proceso de reconocimiento legal.

Una novedad importante fueron los llamados Comités o Comisiones asesoras de Hospitales y centros asistenciales en materia de decisiones éticas-deontológicas. Las funciones de dichos comités eran: La protección de los derechos de los pacientes y facilitar el proceso de dirección en los procesos conflictivos, la elaboración de protocolos de actuación, el fomento de la formación medico legal de los profesionales de la salud, y cualquier otra circunstancia que apareciera como necesidad en la asistencia sanitaria en el campo médico-legal y deontológico. El primero en crearse fue en 1960 cuando B. Scribner inventa en Seattle la diálisis renal y un comité ad hoc fijó los criterios de selección. A continuación se muestran las acciones de otros Comités.

En 1968 el Comité de Harvard se pronuncia sobre los criterios de muerte cerebral (desconexión de respiración asistida).

En 1970 se crea en Massachussets el Comité de Ética asistencial para protocolizar la asistencia a pacientes terminales y en este mismo año nace La Disciplina de Bioética, coincidiendo con la puesta en circulación, dentro del idioma inglés, del término y la doctrina de los "derechos de los enfermos".

En 1976 los jueces del Tribunal Supremo de New Jersey sometieron su criterio al comité de Ética, en el caso de Karen Quinland.

En 1978 se produjo en el Reino Unido el nacimiento de la primera niña por fecundación in Vitro.

En España el primer Comité de Ética asistencial se creó en el Hospital de San Juan de Dios de Esplugues de Llobregat, Barcelona. El del Hospital Clínico de Zaragoza comenzó a funcionar en 1996, de la mano de la doctora María Castellano Arroyo.

Gracias a todos estos hechos y tras este proceso de divulgación y reconocimiento de los derechos en todos los Hospitales se expusieron estos Derechos visibles al objeto de ser leídos por los usuarios.

Simultáneamente en el ámbito legal, los abogados en su ejercicio profesional iniciaron tareas de reclamación y representación a pacientes o usuarios que se sintieron perjudicados por el incumplimiento de estos derechos. Se produjeron un elevado número de reclamaciones por parte de los enfermos, que impulsaron con sus demandas el reconocimiento de sus derechos.

Según Galán Cortes¹², muchos de los conflictos en los Tribunales, no son por el daño causado al paciente, sino por no dar explicaciones para que queden satisfechos el paciente y la familia. Un tercio de las reclamaciones por Responsabilidad Profesional se debe a "Insuficiente obtención de consentimiento informado". Curiosamente a mayor calidad asistencial, se producen un mayor número de quejas y, probablemente, no por estar asociadas a un reconocimiento más efectivo de derechos. En la misma línea, Castellano Arroyo¹³ señala que "El mejor conocimiento mutuo crea en el paciente la conciencia de que se le ha tratado lealmente, lo que hace puede hacer que desista de interponer una demanda si surgen problemas", ya que lo que en sí molesta, es el sentirse menospreciado más que la valoración concreta del daño real.

Esto en sí mismo podría ser objeto de un tema de comparación entre Sanidades Públicas Europeas, en las que España ocupa sin lugar a dudas, un lugar de excepción si establecemos paralelismos con otras sanidades y el escaso presupuesto con el que cuenta.

Tras esta divulgación de la realidad de una sociedad y su demanda de consecución de derechos en el sector sanitario, el debate, en cuanto a las dificultades que en la práctica aparecían respecto a la legalización y cumplimiento de la norma, derivó en un continuo aporte de sugerencias que mejorarían la redacción de los textos legislativos demandados. Si estos se hacían más amplios e introducían con más detalle los procedimientos a seguir y el contenido de los mismos, mayor efectividad práctica se obtendría.

En el año 1994 y dentro del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad sobre la relación médico-paciente-usuario, se produjeron ponencias concretas de cuyas conclusiones se han nutrido las normas autonómicas y centrales al respecto.

En España contamos con amplísima y detallada normativa que actualmente apoya una actuación profesional correcta y respetuosa con las normas, en la mayoría de las actuaciones médicas.

Es en este momento, donde las fronteras de todo tipo tienden a desaparecer y por el desarrollo jurídico que la Ley 41/2002 nos ofrece en materia de información, autonomía y consentimiento informado, nos ha parecido necesario un estudio comparativo entre la legislación española y la existente en el resto de los países de la UE.

Son múltiples los temas en los que se está llegando a una convergencia entre todos los países para crear normas comunes y procedimientos de actuación unificados y homogéneos.

Entendemos que esto sería fundamental en el campo de los derechos de los pacientes, puesto que estos generan unos deberes en los profesionales y una forma específica de actuar en la asistencia sanitaria.

La libre circulación europea de profesionales del sector sanitario, así como de los ciudadanos comunitarios apunta hacia la gran utilidad que tendría una normativa única en este terreno. No perdamos la perspectiva real de que España cuenta con una Legislación y una Sanidad Pública que la convierten en ejemplo de lucha y consecución de demandas en lo que a Derechos de los Pacientes se refiere. Sin que ello sea un obstáculo, para no desistir en el empeño de continuar con una ansiada legislación única y universal cuyo forzoso cumplimiento, independientemente de la persona y el lugar donde se llevara a cabo, garantizaran los derechos de los pacientes, lo que aseguraría sin ninguna duda, la garantía de los Derechos Fundamentales.

II.1. EL ESTADO DE DERECHO Y LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

El Estado de Derecho se caracteriza por un respeto al ciudadano garantizado por la separación e independencia de Poderes (Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial). El Principio de Legalidad garantiza que la vida social se rige por leyes escritas que solo se aplican tras su aprobación, estas emanan del Poder Legislativo y, por tanto, de la ciudadanía, al estar compuestas las Cámaras legislativas por representantes salidos de la voluntad popular. El Estado de Derecho, además, protege y garantiza determinados derechos históricamente consideramos como "*fundamentales*". Estos son el derecho a la vida, a la dignidad de la persona, a la libertad, etc. y que conllevan, a su vez, otros reconocimientos a ellos vinculados. Así la dignidad de la persona, reclama la protección de su intimidad y el derecho a su propia imagen; la libertad se asocia al derecho de elegir libremente lo que considere más favorable para sí misma y de aquí se deriva la llamada Autonomía que es en sí misma llevar a la práctica esta expresión de la propia libertad. De la dignidad universal e igual para todas las personas se deriva igualdad de oportunidades, la igualdad de trato o el genérico Principio de Justicia que debe buscar la distribución equitativa para todas las personas.

Desde esta base emerge el reconocimiento al derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad, y a la protección de la salud.

Ya con estos antecedentes y situándonos a finales del S. XX, es cuando en un denominado Estado de Bienestar, tienen cabida dentro de la relación médico-paciente, el Principio de Autonomía y su ejecución práctica, el Consentimiento Informado, que permite aceptar, rechazar o prever pautas (a través del testamento vital), que se van a seguir en el contexto de la asistencia sanitaria. Según Castillo Valery¹⁴ "*el enfermo es el mejor juez de sus propios intereses*".

Los principios de Autonomía, Justicia y Beneficencia son los que en definitiva nos marcan la ética en la labor médica, y los derechos a la Información, a la Intimidad y a prestar Consentimiento previa información, los que justifican este estudio.

La práctica nos enseña que el implantar una costumbre, es una labor de educación social y tiempo. Ello nos hace asimilar como "*normal*" lo que hasta entonces era excepcional. En nuestro motivo de estudio, necesitamos muchos puntos de base para la consecución práctica. Partimos de la necesidad de conocer nuestros derechos, para poder exigirlos; que esa exigencia sea efectiva en cualquier lugar que estemos, y que tengan un respaldo que permita su consecución práctica. Todo ello, en la sociedad en la que vivimos no tiene sentido, sino es en un marco universal, por este motivo las organizaciones internacionales juegan un papel primordial.

La aceptación del consentimiento informado y los derechos de los pacientes ha significado una democratización de la relación clínica. El derecho a la gestión de la salud del cuerpo ha constituido una revolución cultural sin precedentes. Por ello la importancia actual de los derechos de los pacientes, viene en relación directa al avance en este terreno.

Hace solo unas décadas no se daba la vinculación entre derechos humanos y la relación médico-paciente. Actualmente, tienen un espectro universal y por tanto deberían tener un reconocimiento de la misma índole. En un espacio corto de tiempo, ésta meta será una realidad. Pero, tal vez, al estar hablando de una materia que afecta a la generalidad de la población, esta misma razón, que es su motivo de avance, se convierta en un motivo de "*retroceso práctico*", por la amplitud del campo al que afecta.

No está muy lejana la situación del enfermo indigente que según el Art.5 del Decreto de Presidencia 27 de enero de 1941, derogado por Real Decreto 1558/1986 de 28 de junio¹⁵ era atendido por la Beneficencia y por tanto, no tenía derechos en términos jurídicos, ya que dichos pacientes podían ser utilizados para la enseñanza clínica por el personal de la Facultad. La creación del seguro obligatorio de enfermedad (Ley 14 de dic. de 1942) generó mediante la cotización, el derecho subjetivo a percibir prestaciones sanitarias. Según Castellano Arroyo¹⁶, en 1884 el canciller Bismarck creó un sistema de seguridad social muy efectivo, cuya intención fue dar seguridad a la clase obrera para acabar con la fuerza política de los partidos socialistas. Se aprobó con importantes concesiones a todos los partidos. Era un seguro obligatorio en el que participaban obreros, patronos y el estado con un 25%, lo que iba mucho más allá de la anterior beneficencia.

Los Derechos de los pacientes encuentran mayor protección si se encuentran recogidos en la legislación general de un país, que no precise una protección legal específica y especial. Además el paciente no abandona en ningún momento su condición de persona por serlo, y si los derechos de las personas están garantizados, encontraremos más seguridad para la consecución de los primeros.

La Ley 41/2002 en el Capítulo I, Art.1 establece: "*La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica*".

La relación medico-paciente se basa en unos mínimos exigentes, como el no incurrir en negligencia, impericia o imprudencia, y unos máximos, que aspiran a la excelencia. Hoy en día a la profesión médica el Estado les exige unos mínimos por ley y los máximos consistirían en un matiz de calidad en la manera de ejercer libremente su actividad, lo que implica la intervención del plano moral; como recoge Castellano Arroyo¹⁷ las normas legales tienen como objeto evitar el daño, el abuso o perjuicio que pueden causar unas personas sobre otras, lo que sería el nivel de mínimos respecto a la exigencia; desde la Ética se da un paso más en este nivel de exigencia, lo que caracteriza a la conducta médica como una búsqueda de la calidad y la excelencia en la actuación profesional.

Como lo plantea Gracia Guillén¹⁸ en la nueva terminología bioética, el primer tipo de deberes se conocen con el nombre de no-maleficencia y justicia, y el segundo nivel con el de beneficencia y autonomía. La relación profesional no puede ser maleficiente teniendo cuidado del respeto a la autonomía del paciente.

Como señala Herranz Rodríguez¹⁹ el Código de Ética y Deontología médica, invita al médico a llevar una conducta por encima del mínimo legal exigido, y le persuade a que haga buen uso de las prerrogativas que se le conceden para hacer más fácil y eficiente su trabajo a favor de los pacientes.

Previamente a los años 80, H.J.J.Leenen, G.Pinnet y A.V. Prims²⁰ admitían dos clases de Derechos de los enfermos: Los Sociales, en los que entraría la protección de la salud, y los Derechos Individuales, en los que estaría el derecho a la utilización de diferentes servicios y prestaciones. Posteriormente se incorpora el término paciente como sustituto habitual del de enfermo, más ligado a la terminología hipocrática.

En 1985 Ataz López²¹ proponía, considerando más correcta, la de derechos de los pacientes. En su opinión, se hace más referencia a la propia relación que se establece con el médico, que a la enfermedad en sí misma. En muchas situaciones los enfermos no acuden al médico y en otras, quien lo hace no está, o no sabe si está enfermo.

Hoy en día y tras una ardua tarea desarrollada a lo largo de más de cincuenta años, aunque por los resultados tan satisfactorios, actuales, hemos de considerar que medio siglo no es tiempo. Hay que tener perspectiva histórica, y memoria optimista para lo realizado, y disponernos a que todo aquello que no se quiera recordar, no encuentre cabida en la sociedad que pretendemos lograr, con la consecución práctica de los derechos de "*todas las personas*" que independientemente, de que se hayan exigido o reconocido hasta el momento, sabemos que existen y debemos seguir intentando que sean una realidad universal en las normas y en la práctica.

Según Herranz Rodríguez²² los auténticos derechos de los pacientes, los derechos que protegen la dignidad del hombre en la situación precaria del enfermar, vienen impuestos por las leyes de la humanidad. Son universales: sus titulares son todos los hombres enfermos que entablan relación con el médico, se disfrutan por el hecho de que el enfermo es un ser humano, están inscritos en la misma naturaleza de la relación médico/paciente, y repelen cualquier tipo de discriminación excluyente.

II.2. CONCEPTO DE ENFERMO PACIENTE Y USUARIO

ENFERMO. La palabra enfermo tiene su origen en el latín "*in firmus*" sin firmeza. Se relaciona con el concepto clásico de enfermedad, como proceso que afectaba a la persona de tal manera que la convertía en un ser frágil, necesitado, dependiente y sin capacidad para comprender y decidir. De ahí el considerar que la persona enferma carecía de firmeza y de entendimiento sobre lo que era más favorable para su mejoría o curación. Por ello, la capacidad de decidir la tenía el médico, al que se consideraba, según la Ley Natural, como "*ser superior*", asimilado a los filósofos y gobernantes. En esta relación desigual, el enfermo encontraba su dignidad en su confianza y respeto hacia el médico. Al mismo tiempo, la propia posición de superioridad produjo en los médicos la reflexión moral de buscar la mayor calidad en su conducta profesional, guiándose por el Principio de Beneficencia, cuyo fundamento está en ponerse en el lugar del enfermo y actuar y decidir sobre lo más favorable como si fuera para sí mismo. La Beneficencia como principio de actuación de los médicos ha estado vinculada a la palabra "*enfermo*" hasta el último cuarto del siglo XX. Como señala Ataz López²³, fue ya en los años 80 cuando se empieza a defender la palabra paciente, más próxima a la realidad jurídica de las personas que solicitaban asistencia sanitaria.

PACIENTE. Es el término más utilizado en los últimos 20 años. El cambio terminológico ha ido paralelo al reconocimiento de la libertad de la persona para elegir lo que considere más favorable para sí misma; esta libertad para valorar y elegir está en la base del Principio de Autonomía. Todo esto ha sido fundamental en la relación asistencial, la autonomía del paciente hace imprescindible contar con su consentimiento para realizar cualquier intervención o actuación que recaiga sobre su cuerpo. El concepto de paciente lo ha definido la Ley 41/2002 dentro del artículo 3 dedicado a las definiciones legales de la ley, considerando que se es "*paciente*" cuando se requieren "*cuidados profesionales*" para recuperar la salud. El requisito, por tanto es padecer un trastorno, cuadro clínico o enfermedad que lleva a la persona a necesitar de los médicos para que a través de la entrevista, exploración, pruebas etc. se pueda establecer un diagnóstico y prescribir y administrar un tratamiento con el propósito de recuperar la salud.

USUARIO. El término usuario es más reciente y ha venido vinculado a la salud como servicio social universal y un bien dispuesto para ser usado. Así, entre los derechos reconocidos en la asistencia sanitaria está el conocer la cartera de servicios o prestaciones a las que se puede acceder en relación con el mantenimiento y la recuperación de la salud. Es decir, hacer uso de los servicios asistenciales es un derecho, y la persona que así lo hace es un usuario. También ha sido definido este término en la citada Ley 41/2002 considerando que se es usuario cuando utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria. Sin embargo, los términos no son excluyentes y la misma persona unas veces puede hacer el papel de paciente y otras de usuario, pero el ser uno u otro puede tener importancia médica y legal en cada caso, ya que en situación de enfermedad, de demanda de cuidados profesionales médicos y de actuaciones intervencionistas puede existir mayor obligación de actuar, y mayores riesgos que en situaciones meramente preventivas o de demanda informativa.

Otro término que ha aparecido ligado a la asistencia sanitaria ha sido el de consumidor, cuando se ha pretendido hacer aparecer la asistencia sanitaria como un bien de consumo sometido a similares reglas comerciales que las que rigen para otros productos. Este movimiento se ha frenado en los últimos años en los que se pretende afianzar la dimensión ético-moral que caracteriza a la relación básica en asistencia sanitaria: persona que necesita ayuda, cuidados, información para mantener o recuperar su salud-profesional preparado y acreditado para prestar estos servicios, formando parte de su preparación el conocimiento sobre el gran bien que es la salud y el especial cuidado que se debe poner en la prestación de este tipo de servicios profesionales.

A pesar de las anteriores clarificaciones caben otras opiniones, así Osuna y Luna²⁴, comentan que, aunque la normativa mencionada aclara muchas cuestiones, también introduce aspectos controvertidos, así, puede inducir a confusión entre enfermo, usuario y consumidor, al ser todos ellos una persona que disfruta, como destinataria final, de servicios, actividades o funciones (en este caso de carácter sanitario), cualquiera que sea la naturaleza pública o privada, individual o colectiva de quienes los facilitan, definición de usuario que da el artículo 1.2 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios (Ley 26/84, de 19 de junio) por lo que le serían de aplicación los artículos de esta ley.

Ello podría llevarnos a deducir que todos los enfermos pueden ser considerados usuarios y asimilarlos a consumidores. Pero para esta afirmación tendríamos que esclarecer qué es la enfermedad e incluso saber reconocerla en uno mismo, porque ¿no es la enfermedad algo aparejado al ser humano que hace presencia en el mismo, antes o después? Se puede estar gravemente enfermo, sin saberlo. La asociación de dolor, a los términos sufrimiento y enfermedad, los convierte prácticamente en sinónimos, pero, si bien, lamentablemente, esto es cierto en la mayoría de los casos, no es menos cierto que puede darse la alternativa contraria.

Cuando acudimos a una consulta para obtener una información sanitaria o para realizar un chequeo médico ¿somos usuarios si nos encontramos bien? o incluso padeciendo algún dolor, si no lo comentamos ¿cambia nuestra denominación?.

La relación de derechos y deberes con el facultativo ¿varía desde el diagnóstico o existe con independencia a él? ¿Se está enfermo antes o después de la visita? Todo ello son concepciones muy subjetivas incluso en los casos más objetivos.

Puede que el usuario sea un paciente en potencia y, para el paciente, por su condición como tal, y tras recibir los cuidados médicos pase a potencial "*usuario*". Cabe incluso la posibilidad de que un usuario nunca sea paciente, pero sí enfermo, en el caso de que no acudiera a solicitar y recibir cuidados profesionales para recuperar su salud. En definitiva, podemos decir que, en un país desarrollado todos somos usuarios de la sanidad y, en un momento u otro de nuestra vida, también todos sufrimos la enfermedad y pasamos por el estatus de pacientes. En nuestra opinión, el considerarse "*consumidor*" cuando se reciben cuidados médicos es cuestión de conciencia personal, el acto asistencial y lo que de personal conlleva, va más allá de lo meramente material, cuantificable o medible.

Aparte de los términos, lo importante es que los derechos de las personas que reciben asistencia sanitaria, como derechos fundamentales, van a cubrir todas las expectativas con independencia de la posición que ocupe en cada momento ya que estos se ejercitan en el ámbito de la asistencia pública y privada, frente a los profesionales sanitarios y a las instituciones sanitarias y hospitalarias.

II.3. DERECHO A LA INTIMIDAD

II.3.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En el derecho anglosajón y desde la perspectiva exclusivamente jurídica se ha diferenciando dentro de la Privacidad (concepto que nosotros consideramos distinto de la intimidad, como indicaremos más adelante), aspectos referidos a ámbitos que van desde los datos, los archivos, o el acceso al propio cuerpo para su exploración o toma de muestras portadoras, a su vez, de información sobre la persona.

Según Gaete González²⁵, la Intimidad debe ser considerada en su contenido como provista de los siguientes aspectos:

- *Privacidad de las informaciones*, o Protección de Datos, Habeas data, que impedirá la publicidad de informaciones que pertenecen a la esfera de intimidad de las personas; se plantean problemas de disvalor entre el Derecho a la Intimidad y el Derecho a las Informaciones.
- *Privacidad corporal*, relativa a la protección debida sobre las manipulaciones genéticas, informaciones médicas y similares; plantea debates en torno a la bio-genética, prestaciones médicas, secreto médico y otros.
- *Privacidad de las comunicaciones*, destinada a proteger los correos, correos electrónicos, teléfonos y en general toda forma de comunicación; plantea los debates sobre necesidades públicas, versus privacidad (combate al terrorismo, a la droga); también el problema de la publicidad no requerida, la utilización indebida de materiales y documentos cubiertos por patentes industriales y propiedad intelectual.
- *Privacidad territorial*, que recae sobre el medio doméstico y laboral, incluyendo la protección a las grabaciones, filmaciones, intromisiones, etc. origina problemas en torno a la informática y el derecho laboral (trabajo flexible; trabajo en casa); y la protección a los trabajadores (utilización de correos y redes en horario de trabajo, privacidad de sus comunicaciones en computadoras propias de la empresa).

La Real Academia Española ha admitido la palabra *privacidad*, con el significado de "*ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión*", a pesar de ello muchos normativistas mantienen la oposición a este término.

Morales Prats²⁶ propone abandonar el término intimidad, a favor del de privacidad (Privacy), ya que la privacidad no se atendería a los estrictos patrones exigidos desde el derecho a la intimidad (como una esfera individual); lo privado, la privacidad, aún siendo algo reservado, tendría una proyección social y política, por lo que las facultades derivadas del derecho a la intimidad se pueden designar como libertades informáticas; facultades que implican un derecho a ejercer un control sobre los datos personales automatizados.

La dignidad humana es el fundamento del derecho a la intimidad, derecho que resulta difícil definir, porque afecta a las esferas más profundas de la personalidad, en la que influyen factores fluctuantes, en razón a la sensibilidad personal y cambios sociales, tecnológicos o científicos.

Según Romeo Casabona,²⁷ se entiende por intimidad 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).

A título personal, Castellano Arroyo²⁸, considera que en el ser humano existirían tres núcleos concéntricos en los que diferenciaríamos lo individual, lo íntimo y lo privado.

Lo individual, constituye lo más interno y profundo de la persona, este núcleo es patrimonio exclusivo del individuo, no es visible ni observable y sólo en el caso de que el propio individuo quiera comunicarlo, pasaría a un ámbito más externo: lo formarían los pensamientos, los sentimientos, las necesidades más personales...

Lo íntimo sería un núcleo más externo. Correspondería a aquellas vivencias individuales de las que la persona quiere hacer partícipe a otro o a otros; se elige a los que pueden penetrar en ese núcleo, y se mantiene el sentimiento de que son experiencias compartidas pero reservadas y sin riesgo de trascender e influir en la imagen pública.

Lo privado correspondería al tercer núcleo. Se sigue manteniendo un criterio de selección sobre el número de personas que acceden a esos datos, a ese ambiente o espacio, pero se acepta una ampliación en el posible número de personas copartícipes. En este sentido se utiliza el término "*propiedad privada*", "*club privado*", etc.

Aceptado esto, el derecho a lo individual está asegurado ya que es impenetrable, nadie lo conoce y por tanto está a salvo de cualquier ataque.

No sucede lo mismo con el ámbito o núcleo íntimo que al ser visible y observable, o ser dos o más personas las que disponen de datos o información está expuesto al riesgo de ser descubierto. Por ello, necesita del reconocimiento como derecho y de la consecutiva protección.

La amplitud de este derecho ha llevado a la disyuntiva de si se trata de un derecho único o una pluralidad de derechos, aunque la conclusión doctrinal es la de un único derecho con variedad de manifestaciones debidas a los factores ya mencionados.

Como propuestas doctrinales referentes al tema consideramos de interés exponer las señaladas por Riascos Gómez²⁹:

- La Alemana de Hubmann, que reconoce tres esferas: la *intimsphäre* (secreto), la *Privatsphäre* (lo íntimo) e *Individualsphäre* (individualidad de la persona).
- La Italiana de Frosini, que distingue cuatro fases de aislamiento: soledad, intimidad, anonimato y la reserva.
- La norteamericana de Jhon H. Shattuck, sostiene que la privacidad abarca cuatro aspectos.
 1. Freedom from unreasable search, libertad o seguridad frente a cualquier tipo de intromisión indebida en la esfera privada,
 2. Privacy of association and belief, garantía del respeto a las opciones personales en materia de asociación o creencias,
 3. Privacy and autonomy, tutela de la libertad de elección sin interferencias; e
 4. Information control, posibilidad de los individuos y grupos de acceder y controlar las informaciones que les atañen.

Dados los avances tecnológicos y el tratamiento de la información por medios informáticos electrónicos y telemáticos, con su correspondiente aplicación a la relación médico-paciente, es lógica la inquietud del tratamiento de dichos datos, que puede derivar en la vulnerabilidad del derecho a la intimidad. La solución no radica en impedir el avance tecnológico, con las ventajas que de ello también se derivan, sino asegurar el uso correcto y debido de la información.

El derecho a la intimidad informática es también, derecho a controlar el uso de los mismos datos insertos en un programa informático. Con un uso indebido o abusivo, de la tecnología informática por parte del gobierno o de determinados grupos privados, se concretaría una seria amenaza a la dignidad, a la intimidad y al desarrollo integral de la persona.

Las primeras manifestaciones de la intimidad las encontramos en la edad Antigua.

Así fue como fueron apareciendo normas, de las que destacamos el Juramento hipocrático que reconocía el deber del médico de callar lo que viere u oyere en el ejercicio de su profesión, con el objeto de no divulgar aspectos de la intimidad personal o familiar del individuo.

En Grecia no había una separación entre lo público y lo propio de cada individuo. Sin embargo, aunque este derecho no estaba reconocido como tal, no quiere decir que no existiera en la vida diaria. Su significación e importancia se acrecentaron en el mundo romano, continuando en sucesivos periodos pero como privilegio de aquellos pocos pertenecientes a las clases pudientes, la aristocracia. Con la burguesía aparecen las aspiraciones de esta clase social de acceder a los privilegios aristocráticos y como uno más, el respeto a la protección oficial frente a las incursiones en la intimidad de las personas, la salvaguarda de los datos personales y, todo ello, con independencia de la situación económica o social del interesado. Actualmente este hecho ha cobrado importancia con la proliferación de bancos de datos y la recolección informática de los mismos.

La Constitución española de 1978 en su Art.18, consagra la intimidad como derecho fundamental, limitando el uso de la informática para garantizarla, a la vez que declara la inviolabilidad del domicilio y garantiza el secreto de las comunicaciones, como componentes del elemento nuclear protegido.

Esta lucha entre derecho a la intimidad y derecho a la información se encontraba ya recogida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y en España, en la LORTAD en 1992, aunque Portugal fue pionero, en 1976, al constitucionalizar la "*utilización de la informática*" (Art.35: Todos los ciudadanos tienen derecho a tomar conocimiento de todo aquello que les concierna y se halle en registros informáticos y la finalidad para la cual se destinan las informaciones).

Gimeno Sendra³⁰, expone en relación a los registros informáticos, la Teoría Mosaico, desarrollada por la doctrina alemana, consistente en el deseo por parte del sujeto de que la información no sea conocida por grupos sociales diferentes a aquellos a los que va destinada. Este deseo encuentra su mayor enemigo en los sistemas informáticos que facilitan su incumplimiento.

El 6 de enero de 1978 se adopta en Francia la llamada Ley de Informática y Libertades. Según García-Berrio Hernández³¹, es innegable la inspiración directa, que la precursora Ley 78/17 francesa supuso para la redacción de los primeros textos internacionales, y por otro lado, las transposiciones de la Directiva 95 /46 CEE a las fuentes legales específicas del derecho interno español y francés en materia de regulación de los datos de carácter personal.

La Ley de Protección de Datos Inglesa, reconocía en 1984, el Derecho a la Intimidad como el derecho a estar solo, a no ser molestado. Como señala Cuervo³², la expresión inglesa, 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*".

Frente a esta definición, según Calcedo Ordóñez³³, la doctrina distingue Privacidad (del anglicismo Privacy) de protección menos enérgica, y que viene referido a datos o informaciones no íntimas pero que solo se quiere que se conozcan por un número determinado de personas.

La evolución del derecho a la intimidad en España ha seguido los siguientes pasos de reconocimiento Legislativo:

- Constitución española 1978. Art.18.1 se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. En el 18.2 se declara la inviolabilidad del domicilio y en el 18.3 se garantiza el derecho de las comunicaciones. En este punto hay que señalar en España los artículos 18.4 y 105.b, que limitan el uso de la informática para garantizar el derecho a la intimidad y el artículo 20.1d en el que se reconoce el derecho a comunicar o recibir información veraz por cualquier medio de difusión; esto podía, de alguna forma, originar problemas para la garantía mencionada, de ahí, el fundamento y necesidad de la promulgación de otras normativas para neutralizar este riesgo.
- La Ley Orgánica núm.1/1982 de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen (B.O.E. núm. 115, de 14-05-1982).
- La incorporación a nuestro ordenamiento del Convenio Europeo 108 de 1981, el 27 enero de 1984 (Art.10.2 y 96.1).

- Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad en los apartados 1 y 2 del artículo 10 propugnaba el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con la asistencia sanitaria y la estancia de un paciente en una institución pública o privada; 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, tenga acceso a su historia clínica.

Muy similar es la redacción que contienen las normativas sobre la materia aprobadas en diversas Comunidades Autónomas. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, sexo, de tipo social, moral, económico, ideológico, político o sindical. El derecho se extiende a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

- La Ley Orgánica de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (LRJPA) de 27 de noviembre de 1992 (Art.39 y 45) y su desarrollo en el Real Decreto núm. 263/1996, de febrero 16, sobre la regulación de la utilización de técnicas, electrónicas, informáticas y telemáticas por la administración General del Estado.
- La Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter personal (hoy derogada por Ley 15/1999) en su Art. 9 contenía (al igual que la ley actual) la obligación del responsable del fichero de adoptar las medidas de índole técnica y organizativas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos.

En España la LORTAD de 1992, recogía el derecho de control a la propia información, como derecho genérico, al establecer que toda persona desde el momento mismo de la recolección de datos y durante todo el procedimiento informatizado, ostenta un catálogo de facultades inherentes al derecho de la información (Art. 5 y Art.13) y como derecho específico y, *"en concreto, los derechos de acceso a los datos, de rectificación y de cancelación, que se constituyen como piezas centrales del sistema cautelar o preventivo instaurado por la Ley"*, (exposición de motivos de la LORTAD) (Art. 14 y 15). Esta ley en su Art.14 se refiere al titular de los datos, al acceder a la información, como *"el afectado"*, Según Riascos Gómez³⁴ *"Quizá esta denominación explique, a estos efectos, no sólo la posición en la que suele colocar a todo titular de los datos personales en un procedimiento informatizado de datos, ab initio desventajosa y de latente vulneración, sino que persigue que la persona, partiendo de esa posición aparentemente negativa, ejerza a plenitud las atribuciones del habeas data, para con ello impedir con mayor eficacia la violabilidad de su dignidad como persona."*

- Real Decreto 1332/1994, de 20 de junio, que desarrolla determinados aspectos de la Ley citada anteriormente.
- Orden de 2 de febrero de 1995. Aprueba la primera relación de países con protección de datos de carácter personal equiparable a la española, a efectos de transferencia internacional de datos.
- Ley Orgánica 15/95, del Código Penal. Como señalan Castellano Arroyo y Gisbert Calabuig³⁵, el derecho a la intimidad se ve reforzado con el reconocimiento del deber de secreto de los profesionales sanitarios, presente en los Códigos penales españoles desde 1822; en 1870 desapareció como figura punible, hasta la llegada del actual Código penal (Ley Orgánica 15/1995) que vuelve a criminalizar la revelación de secretos, con especial mención a los que accedan a los datos en calidad de *"profesional que con incumplimiento de su deber de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona..."*. Igualmente se penaliza la revelación de secretos a los que se accede *"por la relación laboral"*, circunstancia en la que se verían implicados los trabajadores, con independencia de su puesto de trabajo y tareas que favorezcan el conocimiento de diversos datos personales e íntimos.

También el capítulo IV de este Código penaliza la infidelidad en la custodia de documentos, con agravación, cuando el que incurra en estas conductas sea funcionario público.

- Directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, en su Art.14 utiliza el término "*interesado*" en el derecho a oponerse a que los datos que le conciernan sean objeto de tratamiento.
- Directiva 97/66 CE. Emitida el 15 de diciembre de 1997, relativa al tratamiento de los datos personales y a la protección de la intimidad en el sector de las telecomunicaciones.
- Recomendación 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la protección de datos médicos.
- Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1.997 y posteriormente consolidado como Convenio Europeo de Bioética.³⁶ En este documento se protege el derecho al respeto a la vida privada de los ciudadanos cuando se trate de informaciones relativas a su salud, además de garantizarse la necesidad de obtener un consentimiento expreso del afectado en todo experimento científico y en toda extracción de órganos y tejidos de donantes vivos para transplantes. Especial énfasis se pone en la protección de los menores e incapaces frente a la violabilidad de sus derechos en el ámbito asistencial.
- Orden de 31 de julio de 1998, por la que se amplía la relación de países con protección de datos de carácter personal comparable a la española a efectos de transferencia internacional de datos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio. Aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, esta derogó la anterior LORTAD, aun manteniendo su espíritu y muchas de sus disposiciones que tienen por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.
- Resolución de 30 de mayo de 2000. Agencia de Protección de Datos (creada en la L.O. 15/1999). Aprueba los modelos normalizados en soporte papel, magnético y telemático, a través de los que deberán efectuarse solicitudes de inscripción.
- El Real Decreto 195/2000 de 11 de febrero, por el que se establece el plazo para implantar las medidas de seguridad de los ficheros automatizados previstos por el Reglamento aprobado por el Real Decreto 994/1999 B.O.E. de 26 de febrero de 2000 N° 49.
- Carta de Derechos de la Unión Europea (DOCE de 18 de diciembre de 2000) que en su artículo 8 recoge el derecho a la protección de datos de carácter personal entre los derechos fundamentales y dicho artículo 8 ha sido incorporado como artículo II-68 al Proyecto de Constitución para Europa (DOCE de 16 de diciembre de 2004) Según Guerrero Zaplana³⁷ esto refleja la trascendencia e importancia que se concede a este derecho.
- Ley 41/2002, Capít. III: El derecho a la intimidad en Art.7.1 y 7.2: 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.

II.3.2. PROTECCIÓN DEONTOLÓGICA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD

La profesión médica puede presumir de haberse impuesto a sí misma como deber deontológico respetar el secreto profesional, en aras a la protección de la confianza que debía presidir la relación médico-enfermo; este principio de confidencialidad, presente ya en el Juramento Hipocrático, se ha mantenido constante en todas las normas deontológicas a lo largo de los siglos (Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica, Carta Médico-Social de Nüremberg, Código Español de Ética y Deontología Médica, Estatutos Generales de la Organización Médica Mundial)...

El actual Código Español de Ética y Deontología Médica, aprobado en 1999, se refiere al derecho a la intimidad a través de la protección del secreto, en los siguientes artículos: 14, 15, 16 y 17, esta último, con referencia expresa al uso de la informática para indicar que *"los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a su intimidad"*. También recoge que los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico; de la misma forma que los bancos de datos médicos no pueden ser conectados a una red informática no médica.

II.4. DERECHO A LA INFORMACIÓN

II.4.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El término Información en el contexto de la relación médico-paciente se asocia a la comunicación imprescindible y necesaria que debe existir entre el médico y el paciente y/o sus familiares.

La información es múltiple y pluridireccional. En el inicio de la relación la información la proporciona el paciente y la recoge el médico, esa información primera es la base de las decisiones que el médico toma para llegar a su fin primordial, acertar con el diagnóstico y poner el tratamiento adecuado. Cuando el médico dispone de los datos suficientes como para poder sentar las hipótesis sobre la patología que puede afectar al paciente, ha llegado el momento de ser él el que informe al paciente de las pruebas diagnósticas complementarias, que servirían para apoyar un Juicio diagnóstico, a ser posible, de certeza. Como se ve, hablamos de una Información-red de la comunicación entre médico y paciente. Esta es una fase previa y de mayor recorrido histórico que la actualmente considerada Información-consentimiento, en la que la transmisión de datos va ligada a la obtención del consentimiento del paciente para la actuación médica.

Ejemplo e importancia de la información proporcionada por el paciente, lo encontramos en noviembre de 2009, en España, donde la Audiencia Provincial de Tarragona ha absuelto a un facultativo de la pérdida de la visión en el ojo de un paciente al que atendió en el servicio de Urgencias. El demandante no comunicó ninguna dolencia ocular al facultativo; sin embargo, éste exploró el ojo siguiendo el protocolo. En la misma línea, en La Coruña, la Justicia absuelve a un médico de responsabilidad en la amputación de la yema del dedo índice de un paciente, por no recibir todos los detalles necesarios sobre las circunstancias en las que se produjo la lesión.³⁸

La información que el médico transmita será sencilla y clara, y referida a las ventajas e inconvenientes de cada prueba, así como hacia lo que se espera de estas pruebas de cara a que, tanto el resultado negativo como el afirmativo, se valoren respecto al diagnóstico que se sospecha. Hablamos, por tanto de una corriente de comunicación verbal, visual, gestual, etc., que está en la esencia de la relación médico-paciente, tanto en visitas puntuales y relativamente cortas, como cuando se trata de relaciones continuadas en el tiempo, como sucede con los periodos de hospitalización. Durante la hospitalización, se debe mantener la comunicación entre el médico y el paciente a través de la diaria visita/exploración, en la que se valora la evolución del paciente y se le informa de las incidencias habidas, pruebas recibidas, interpretación de las mismas, cuestiones nuevas que se derivan de los resultados que se vayan recibiendo, etc...

Para que esta información se transmita de forma integrada y coherente, se ha designado la figura del "*médico responsable*" del paciente, denominada así en la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. La asistencia sanitaria actual pivota sobre un equipo en el que cada profesional cumple sus funciones durante su turno de trabajo o proporcionando sus cuidados, más o menos especializados, cuando estos son necesarios; por ello, es preciso que aunque sean varias las personas que prestan asistencia, el paciente, para su confianza y su seguridad, identifique a un médico en particular como "*su médico*" y que éste esté al tanto de todos los aspectos científicos y personales del paciente. Sin embargo, cuando se vaya a realizar una prueba específica, con una técnica específica y unos riesgos reconocidos, también específicos, será el profesional que realice esta prueba el que informe de manera expresa al paciente de todo lo que considere necesario para que éste de forma libre acepte someterse a la prueba, asumiendo los riesgos de la misma.

Pero no podemos ser idealistas en exceso y dejar que recaiga toda la responsabilidad en la figura de facultativo que proporciona la información y recoge la firma del paciente. Se puede dar una información clara y que la otra parte no esté en condiciones de recibirla objetivamente, que es un rasgo esencial para una valoración correcta en cualquier ámbito de la vida. Sobre quien recae el riesgo, también debe recaer la posibilidad de decisión. Esta es aunque simple, la razón de la autonomía del paciente. Pero al mismo tiempo es la responsabilidad de paciente en sus decisiones y en ello radica el problema. Ante resultados no deseados, el paciente debe enfrentarse, además de con los resultados, con su responsabilidad y de la propia esencia humana se intentará siempre buscar otro sujeto sobre el que recaiga dicha responsabilidad.

Los requisitos mínimos que debe reunir la información, para posteriormente otorgar un consentimiento válido, deberían ser lograr la comprensión por parte del paciente y para ello proporcionarla en un lenguaje claro; explicar lo esencial, obviando detalles que lleven a confusión, y considerar la especial situación por norma, en la que dicha información se recibe.

La sobre información, lejos de ayudar en la toma de una decisión autónoma y libre, podría derivar en crear una mayor confusión. Por ello se incide, de forma general en la utilización de un vocabulario, lo menos técnico posible. Pero la capacidad de comprensión por parte del paciente, está sujeta, no solo a un lenguaje "*cultural*", también a una presión psicológica en razón a cuanto más seria o complicada sea la intervención en el ámbito de su salud, e incluso estamos tratando su propia supervivencia, en unas condiciones futuras, más o menos optimistas, en razón a su elección.

Según Broggi³⁹ "*la información debe entenderse como un proceso evolutivo, a través del cual podemos valorar la capacidad del enfermo de ser informado y no como un acto clínico aislado*". No podemos referirnos a una información exhaustiva, en muchos casos difícil de cumplir, sino que hay que referirla al conocimiento adecuado de la situación que permita al paciente salvaguardar su autonomía, mediante la cual puede decidir libre y conscientemente. El enfermo debe recibir del profesional sanitario la información necesaria para tomar una decisión razonada, con un conocimiento adecuado de la situación en que se encuentra, sin que sea suficiente la autorización formal para una determinada intervención si no va precedida de la cumplida y adecuada información.

Como también recogen los expertos en derecho médico la información suministrada debe ser en lo técnico aproximada e inteligible, de acuerdo con la cultura del paciente; en las complicaciones y riesgos veraz y leal, y justa en los resultados que se espera alcanzar.

El deber de informar se mantiene todo el tiempo que el paciente esté bajo los cuidados del médico. Se debe proporcionar en función de lo que el paciente y la familia deseen, en un ambiente tranquilo y advirtiéndolo de los riesgos más usuales, los conocidos como riesgos típicos. A medida que el riesgo aumente, lo hará de la misma forma la información a proporcionar y, con ello, la ampliación de la información de los riesgos, no solo los más corrientes, sino los que más raramente ocurren, los llamados riesgos atípicos.

Desde el punto de vista jurídico, los tribunales reconocieron el derecho a la información como básico y previo al acto de prestar el consentimiento.

Según Fernández del Hierro⁴⁰, *"el contenido de la información dependerá de la clase, gravedad y necesidad del tratamiento, así como de las circunstancias a las que el paciente atribuya importancia para su resolución o que puedan desempeñar un papel en su sensata consideración para la toma de su decisión. Quedarían fuera de esa obligación los riesgos imprevisibles y, en cualquier caso, en muchas ocasiones se deja a criterio del profesional sanitario la decisión de la cantidad de información que debe suministrar, atendiendo a las circunstancias del caso y a la formación del paciente."*

En el apartado de material referiremos la forma en que este derecho ha sido reconocido y protegido en las normas sanitarias de las CCAA, considerando los matices introducidos en ellas. En ningún caso estas normas contradicen la normativa estatal (Ley general de sanidad y Ley 41/2002), pero sí pueden ser más exigentes en algunos aspectos o incluir matices no contemplados en la normativa nacional.

De lo dicho, se deduce que sobre la información es preciso diferenciar varios aspectos:

Tipos de Información por su contenido. Información clínica, información terapéutica, información preventiva, Información pública sobre temas de salud comunitaria o colectiva, etc.

Tipos de Información por su finalidad. Para que sirva al paciente para tomar decisiones sobre aceptar o no una prueba. Para que sirva al paciente para elegir entre varias alternativas que se le presenten. Para que sirva al paciente para conocer su enfermedad, reconocer algún episodio específico y recurrir al tratamiento de forma más o menos urgente. Para que sirva al paciente para tomar medidas preventivas para sí mismo o para otras personas. Para que sirva al paciente para cumplir adecuadamente las indicaciones terapéuticas.

Hasta aquí el derecho a la información no es un tema excesivamente controvertido, pero existen casos en los que aparece un cierto conflicto de intereses que dificulta su solución.

El primero de ellos se produce cuando el diagnóstico implica mal pronóstico, incluyendo, incluso la imposibilidad de curación. En tales casos el cumplimiento estricto del deber de información podría ser una crueldad innecesaria. Incluso hay autores que hablan de un derecho del paciente a la mentira, o de un derecho del enfermo a no ser informado. El tema ha sido perfectamente planteado por Luna⁴¹, afrontando este tema en los pacientes que se encuentran en la fase terminal de su enfermedad. En estos casos el derecho de información del paciente terminal se plantea en principio de la misma forma que la de un paciente cualquiera y es un derecho incontrovertible del paciente. Sería una actitud simplista no decir nunca la verdad basándose en que esta no es absoluta. No obstante, transmitir información en estas circunstancias exige al profesional una valoración no sólo clínica y legal, sino, con más motivo ética y deontológica.

Numerosos estudios señalan que el enfermo desea conocer la verdad de su situación, pero el problema radica en la confrontación entre el derecho del enfermo terminal a conocer su situación y el derecho a no ser informado, lo que no invalida su consentimiento si él así lo decide. Ambos casos pueden resultar contraproducentes para el paciente, aunque la mayoría de los médicos se decantan por no decir la verdad, en los casos de enfermos terminales. Según Marañón⁴², "*debemos declarar heroicamente que el médico no sólo puede sino que debe mentir*". En la Medicina, sigue diciendo Marañón, "*no hay plaga más odiosa que la de los médicos que dicen casi por sistema la verdad*"; estas afirmaciones de Marañón se encuadran en la clara actitud paternalista y de beneficencia imperante en la medicina en la época en que Marañón ejercía.

En la normativa actual esta posición se ha recogido como el denominado "*privilegio terapéutico*", justificado y documentado en cada caso concreto, como excepción a la regla de informar; pero, sin duda recae sobre el médico la difícil decisión. En estas situaciones la familia o personas responsables que también deben ser informadas, pueden proporcionar ayuda o todo lo contrario, al intentar monopolizar el canal de información. Por lo que en nuestra opinión el problema puede ir parejo a la complejidad de la situación personal y familiar del enfermo en cuestión.

Otra situación excepcional es aquella en la que el paciente no es capaz de comprender la información y de tomar decisiones al respecto. Esto se da en los pacientes menores de edad y en los adultos cuyas capacidades mentales se encuentran afectadas en mayor o menor grado. Es obvio que para estar en condiciones de recibir y comprender la información es preciso tener conservadas las capacidades cognitivas.

En estos casos hay que seguir el dictado del derecho y el del Convenio Europeo de Bioética, que insisten en el deber de contar con el paciente hasta donde sea posible, haciéndolo participar en su proceso. Respecto a los menores dice que participarán en las decisiones hasta donde lo permitan su edad cronológica y su grado de madurez. No obstante, se debe contar con su opinión cuando el menor tiene más de 12 años, aunque la información se debe proporcionar a los familiares o a los tutores legalmente reconocidos, pero también al interesado, en la medida en que le sea comprensible. Tanto la enfermedad mental como la minoría de edad vuelven a plantear para el médico una situación muy comprometida y llena de responsabilidad ya que debe hacer, además del juicio clínico, que incluye la valoración de la capacidad de comprensión y juicio del paciente, una valoración ética y deontológica muy profunda.

Para la mayor parte de las actuaciones médicas se considera como mayoría de edad asistencial los 16 años, estableciendo nuestra legislación (Ley 41/2002) las excepciones para las que la mayoría de edad coincide con la contenida en el Código civil de 18 años.

El Código civil parte de la condición de madurez como criterio genérico para la posibilidad de que los menores puedan tomar decisiones en lo que se refiere a su salud. Indudablemente, se ha de valorar cada situación concreta.

Según Osuna y Luna⁴³ se toma la opinión del menor en función de su edad y grado de madurez, recogiendo la frase literal ya mencionada del Convenio Europeo de Bioética. Este mismo criterio se mantiene en la Ley 41/2002, que establece que deberá ser escuchada la opinión del menor si es mayor de 12 años y en el caso de menores emancipados y adolescentes de más de 16 años será el menor quien dé personalmente su consentimiento, salvo en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de práctica de técnicas de reproducción asistida, situaciones en las que se sigue lo establecido con carácter general en la Legislación civil sobre mayoría de edad. En caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

El problema con el paciente menor de edad estriba en la certeza de establecer, cuándo se puede considerar, un nivel suficiente de su capacidad de comprender la información que se le proporciona, y de tomar decisiones de forma independiente en temas de salud.

Hay casos en que a pesar de la especial protección de la intimidad y confidencialidad del menor, si es imposible que este tome decisiones, los padres tienen derecho a hacerlo.

Las opiniones están enfrentadas en los límites de decisión del menor en determinadas pruebas, intervenciones o tratamientos como en los casos de enfermedades de transmisión sexual, de drogodependencia, embarazo y métodos anticonceptivos y psiquiátricos, casos como señalan Sánchez y Sánchez⁴⁴ que en la mayoría de los Estados norteamericanos admiten que sea el menor el que solicite la asistencia, sin el consentimiento de los padres. (Planned Parenthood of Central Missouri contra Danforth, 1976 y Bellotti contra Baird 1979, del Tribunal Supremo de Estados Unidos) y según estos autores, la obligación de respetar la confidencialidad del adolescente se debilita considerablemente si existe una amenaza grave para su salud o su vida.

Según Carracedo⁴⁵, la información en el caso de trasplantes de órganos o en el terreno de la experimentación en medicina están específicamente regulados por numerosas disposiciones: La Ley 30/79 de 27 de octubre de sobre Extracción y Transplante de Órganos, recoge específicamente este deber (en el art. 4.b), y en cuanto a la experimentación en medicina, ya en la Declaración de Helsinki, adoptada por la Asamblea Médica Mundial en 1964, se hace hincapié en la importancia de la información para el consentimiento en el campo de la experimentación.

Respecto a la Información epidemiológica o sanitaria, trasciende el ámbito individual, ya que puede afectar a cualquier persona sana y de la adopción de medidas preventivas dependerá la efectividad de la información.

La historia del derecho a la Información no es larga y va ligada a la Autonomía del paciente, ya que se considera que la validez del consentimiento radicarán siempre en una información clara y suficiente que le permita comprender y elegir, entre las alternativas que el médico le plantee, la que considere más adecuada para sí mismo. Villanueva Cañadas⁴⁶ señala que el consentimiento solo no es bastante. No es suficiente que la persona conozca el riesgo, sino que debe también aceptarlo.

Como dice Carracedo⁴⁷, *"el derecho del enfermo a la información, aunque en principio se asocia con el problema del consentimiento es, considerado genéricamente, un tema complejo que comprende otras situaciones como son el derecho del público en general, potencialmente enfermo, a ser informado; el derecho del enfermo a recibir información sobre las actividades asistenciales que afecten a su proceso, y muchas más."*

Sin duda la información es un requisito básico para el consentimiento, que en palabras del Prof. Ataz⁴⁸, *"no puede ser libre y consciente desde el momento en que quien lo atorga no sabe en qué ni por qué consiente"*.

Muchos juristas comenzaron a referirse a este deber como *"la carga de la información"*, antes de que fuera legalmente regulada en la LGS, entre ellos Fernández del Hierro⁴⁹, pues comenzaba a suponer para el médico un deber que acabó siendo regulado de forma exigente y seria.

Anteriormente, en 1948, las Asociaciones Médicas nacionales e internacionales, como por ejemplo el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, adoptado en Ginebra en 1948, mencionaban expresamente este derecho.

Según Carracedo⁵⁰, en la jurisprudencia española el deber de información del médico se recoge ya en una sentencia de 8 de octubre de 1963 de la Sala de lo Penal del Supremo, en la que expresamente se considera como requisito previo para la validez del consentimiento.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Recomendación 779 (1976) recoge que: *"los enfermos tienen derecho, si ellos lo piden, de ser informados completamente sobre su enfermedad y el tratamiento previsto, y actuar de manera que en el momento de admisión en un hospital sean informados de lo que concierne al reglamento, el funcionamiento y el equipamiento médico del establecimiento"*.

Otros autores como Osuna y Luna⁵¹, insisten en la importancia que este deber toma a medida que avanza el siglo XX y de la mano del derecho anglosajón. En España, esto se plasma en la Constitución de 1978, promotora de la transformación de la figura del ciudadano sumiso a los mandatos de la Administración a la de ciudadano titular de derechos frente a la Administración, entre los que, ciñéndonos al tema que nos ocupa, se encuentra el derecho a la información y a la participación en asuntos públicos.

El derecho a la información tiene su fundamento en un amplio abanico de derechos. Como viene reflejado en la Constitución española, está vinculado y es consecuencia del derecho a la protección de la salud (Art.43), del derecho a la libertad, (Art. 9.2), de la dignidad de la persona (Art. 10.1), del derecho a la vida y a la integridad física y moral (Art. 15), del derecho a la libertad ideológica y religiosa, (Art. 16.1), del derecho a la libertad y seguridad (Art. 17.) del derecho a ser informado (Art. 20) y del derecho a ser formado para poder tomar parte en la toma de decisión relacionadas con la salud pública (Art. 23.1).

También el Real Decreto de 25 de agosto de 1978, sobre garantías de los usuarios, artículo 13, párrafo 1º, letra h, aunque posteriormente fue anulado por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo por sentencias de 29 de abril de 1982 y 10 de diciembre de 1982 y la Orden Ministerial de 9 de agosto de 1982 sobre ensayos clínicos (artículo 5), hacen alusión al derecho a la información.

El Comité Europeo de Cooperación Jurídica y el Comité Europeo de Salud Pública en su informe final de 2 de abril de 1984 establecen en su artículo 7 que *"El médico debe dar a la persona cuyo consentimiento es solicitado, una información suficiente que le permita decidir con pleno conocimiento de causa. La información debe ser comprensible y adaptada a la capacidad de comprender y al estado psicológico del paciente o de la persona que recibe la información. Debe abarcar la naturaleza de la enfermedad y su carácter más o menos grave., las ventajas y riesgos eventuales de los actos médicos propuestos, eventualmente las intervenciones medicas alternativas y los posibles fallos"*.

La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, y el Real Decreto 2.236/1993, de 17 de diciembre, regulan la información que debe aparecer en el prospecto de los medicamentos.

A comienzos de 1991, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)⁵², hizo públicos los resultados de una encuesta realizada en enero de 1990 para valorar el grado de satisfacción e insatisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos de nuestro país. Destacan los datos referidos a la información al usuario en los ámbitos de la atención primaria, asistencia hospitalaria y servicios de urgencias. Se preguntó a los usuarios como creían que se entendía la información que proporcionaban los médicos de Atención Primaria, un 43 % estimó que se entiende «regular o mal», frente a un 45 % que decía que «bien o muy bien».

En el ámbito hospitalario las cifras son del 41 % que creían que la información se entiende «regular, mal o muy mal», frente al 42 % que opinaba que «bien o muy bien». En el caso de los Servicios de Urgencia, un 31 % de los usuarios estimó que la información proporcionada por los médicos de urgencias es «regular, mala o muy mala», frente a un 44% que la calificaba como «buena o muy buena». Estos datos sugieren, pues, que la corriente de información desde los médicos hacia los usuarios no es, en conjunto, satisfactoria. Las necesidades de información de los pacientes son por tanto mucho mayores de lo que habitualmente estiman los médicos.

En la sentencia del Tribunal Supremo que de 25 de abril de 1994, relativa a la recanalización espontánea tras una vasectomía, eventualidad no advertida por el médico, se señala que la culpa reside en no haber hecho llegar al actor la información necesaria que le condujera a evitar la reanudación de su vida matrimonial en forma normal para evitar el embarazo de la esposa.

El Real Decreto 2.070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regula las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, introducen aspectos innovadores relativos al proceso de la información previa al otorgamiento del consentimiento.

La Ley 41/2002 en su Capítulo II, viene a plasmar este derecho a la información, fundamental para posteriormente ejercitar el derecho dar el consentimiento.

II.4.2. PROTECCIÓN DEONTOLÓGICA DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN

El actual Código Español de Ética y Deontología Médica, aprobado en 1999, se refiere al derecho a la información en su artículo 10 y recoge los requisitos de la información al insistir en la comprensión por parte del paciente de la información proporcionada por el médico responsable que en cada momento le atiende, e informando siempre de forma que sea suficiente, en razón al riesgo que conlleven las propuestas realizadas y respetando su derecho a no ser informado.

II.5. DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO

II.5.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

Según la Real Academia, consentimiento informado es el que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus familiares o allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento.

Por consentimiento y en palabras de Bernad y col.⁵³, ha de entenderse como el acuerdo de dos sujetos diferentes, que de forma voluntaria coinciden en un interés común o un mismo fin. Una oferta y una aceptación, que conforman un acuerdo o un contrato. Pero la definición más sencilla desde el punto de vista jurídico es la de Cerrillo⁵⁴, que entiende por consentimiento el acuerdo entre dos voluntades.

Castellano Arroyo y Villanueva Cañadas⁵⁵ señalan también que, el Consentimiento y la Información necesaria para que éste tenga validez jurídica son ramas de un mismo tronco: la Autonomía de la persona. El Principio de Autonomía tiene su origen en el reconocimiento de la persona como ser individual, dotado de racionalidad y libertad, lo que la convierte en un ser diferente de lo físico, en fuente de moralidad y en ordenadora de todo lo que la rodea, para dirigirlo hacia su propio perfeccionamiento. Esto lleva a reconocer que todas las personas son igualmente dignas y ha llevado en la relación médico-enfermo a que sea el enfermo, siempre que su estado psicofísico lo permita, quien tome las decisiones que considere más favorables para su persona entre las alternativas diagnósticas y terapéuticas que se le ofrezcan.

Según Schneider⁵⁶ el poder para tomar decisiones médicas debe ser compartido entre médicos y pacientes.

En cuanto a los requisitos para la obtención del consentimiento informado según el Informe Belmont,⁵⁷ el respeto por las personas requiere que, según su grado de capacidad, tengan la oportunidad de elegir entre lo que pueda ocurrirles y solo es posible si se cumplen tres requisitos fundamentales: la información, la comprensión y la voluntariedad.

La información que se proporciona al sujeto ha de ser suficiente y debe incluir, los riesgos y beneficios esperados y previsibles; también se proporcionará información sobre la institución y el investigador responsable de la investigación y el derecho a abandonar en cualquier momento la investigación. El proceso de información no finaliza si la persona que recibe la información no la considera suficiente.

Otro requisito sería la comprensión de la información que es la capacidad individual para entender. Esta capacidad está en función de la inteligencia, la racionalidad y la madurez de la persona sobre la que recae el proceso de investigación y donde es de suma importancia el lenguaje utilizado ya que de ello depende dicha comprensión.

Según Villanueva Cañadas⁵⁸ en algunos casos: huelga de hambre, negativa a tratamientos, problemas religiosos, el problema que se coloca en el centro de la actuación médica es resolver la validez del consentimiento (negativa). El consentimiento es un acto basado en el mutuo respeto y participación. El médico no solo prestará atención en conocer si el paciente comprende en toda su extensión y trascendencia el problema médico, sino si es libre para decidir.

En tercer lugar, la voluntariedad haría referencia al acuerdo, autorización o consentimiento a participar en una investigación en ausencia de coerción o influencia. Según Garrido Roldán⁵⁹ el hecho de haber obtenido el consentimiento, no excluye la posibilidad de que el médico incurra en responsabilidad si en su actuación comete otras faltas profesionales.

En resumen, el origen de la exigencia moderna de consentimiento tuvo su origen en las normas éticas que deben regir la investigación en seres humanos, que han sentado como base la necesidad de contar con el consentimiento informado de las personas que participan en el experimento, sean éstas sanas o enfermas. Esta misma exigencia se hace extensiva a cualquier acto médico sobre una persona en el curso de la asistencia sanitaria habitual.

En la práctica, el conflicto se plantea con los pacientes menores y con los que tienen afectadas sus capacidades mentales, circunstancias que pueden limitar o anular la capacidad de comprensión y elección. En estos casos serán las personas habitualmente responsables de los cuidados de estos menores o enfermos, los que puedan recibir la información y decidir por ellos. Y será el médico quién valore dicha capacidad acudiendo a especialistas en psiquiatría cuando sea necesario.

En cuanto a la forma de prestar el consentimiento si el paciente lo otorga de forma verbal, el médico debe tomar la precaución de dejar constancia en la historia clínica de que se ha cumplido con el deber de informar. Cuanto más arriesgado sea el procedimiento y la incertidumbre de los resultados, mayor debe ser la información proporcionada y es cuando ese consentimiento verbal pasa a ser escrito y firmado por el paciente tras recibir dicha información.

Las Sociedades Científicas han redactado modelos de Consentimientos para cada una de las actuaciones invasivas ya sean diagnósticas o terapéuticas e incluso preventivas, que son el resultado del consenso científico sobre cuál debe ser la extensión de la información, la forma de expresarla, la comunicación de los riesgos, etc., y cuáles deben ser las fórmulas que dejen la certeza moral y legal de que el paciente ha aceptado la actuación médica habiendo podido preguntar y plantearse todas las alternativas de tratamiento disponibles.

Así aparecen Sentencias condenatorias, ante casos en los que la información fue incompleta, o cuando el documento se firmó inmediatamente antes de la intervención.

Las primeras referencias judiciales al consentimiento informado se remontan al año 1767, en las Islas Británicas, en un pleito conocido como "*Slater versus Baker & Stapleton*", donde los médicos implicados fueron condenados por mala praxis. Pero no tuvo relevancia para influir en la doctrina americana hasta la condena por mala praxis o negligencia en tratamientos quirúrgicos, en 1871, en el caso *Carpenter versus Blake*, o en el caso *Wells versus World's Dispensary Medical Association*.⁶⁰

Gracia Guillén⁶¹ afirma que la jurisprudencia americana del pasado siglo refleja la exigencia jurídica de la capacidad comprensiva del paciente en su toma de decisión y un medio a tener en cuenta dentro del objetivo general de la terapéutica, es decir, como parte de una buena asistencia médica, más que como un derecho legal autónomo e independiente.

En el año 1905 destaca el caso *Mohr versus Williams*. En 1906, el caso "*Pratt versus Davis*", donde el Tribunal Supremo de Illinois especificó que el consentimiento del paciente, para una determinada terapia, debía ser expreso, manifiesto, consciente y previa información suficiente. En 1913, el caso *Rolater versus Strain* y en 1914,⁶² el caso más relevante, *Schoendorf versus Society of New York Hospitals* donde el Tribunal de Nueva Cork, contemplaba la necesidad de dar el consentimiento a los actos médicos, apareciendo por primera vez el término de *autodeterminación* como derecho de la propia persona a decidir sobre sí misma.

Después de esto se impone el concepto de Consentimiento Informado, perfilándose progresivamente los requisitos legales que garanticen la validez de las actuaciones médicas sobre las personas. Siguiendo a Moya⁶³, el consentimiento de una persona o el comportamiento de otra, cuando se manifiestan a través de actos que pueden tener consecuencias jurídicas, constituye un acto jurídico y por tanto, ha de reunir los requisitos objetivos, subjetivos y formales para producir los efectos de dichos actos.

Se van sucediendo así una serie de etapas, a menudo marcadas por sentencias de Tribunales americanos que en casos concretos plantean el derecho de las personas a decidir sobre sí mismo y, en el terreno de la asistencia sanitaria, la toma de decisiones ante alternativas terapéuticas y la necesidad de estar informados para que la elección sea válida.

En el terreno de la experimentación, los abusos sucedidos en la segunda guerra mundial, plantean el acuerdo general de reconocer y proteger la dignidad de las personas y la necesidad de que la participación en investigaciones y experimentos científicos sea totalmente libre.

La necesidad del Consentimiento voluntario también se recogió en el Código de Núremberg.⁶⁴ Otra exigencia es que la investigación tenga la finalidad de obtener resultados fructíferos para la sociedad y no se puedan obtener por otros métodos, además, la persona sobre la que se experimenta ha de consentir voluntariamente en ello. Esto incluiría que esta persona reúna los requisitos legales para que su consentimiento sea válido: capacidad de comprensión y libertad de elección. Corresponde al investigador comprobar que no existe coacción o engaño y es su responsabilidad obtener, preferiblemente por escrito el consentimiento.

La sentencia del caso "*Salgo versus Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustess*" en el año 1957, proclamó que no basta la voluntad del sujeto sin previa información real y completa. "*No solo la decisión tiene que ser libre, sino que requiere haber sido informado.*"

En 1960, el caso "*Natanson versus Kline*" planteó las características de la información, la extensión y especificidad de la misma, considerando que no se informó a la paciente sobre los riesgos en la administración de cobaltoterapia postmastectomía.

En 1962, el caso *Berkey versus Anderson* sentó el criterio de que el paciente es quién debe establecer la cantidad de información que deben proporcionarle.

En España, la Sentencia de 8 de octubre 1963, de la sala de lo Penal del Tribunal Supremo, citada anteriormente, recogía el deber de información del médico.

En 1964, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en la 18ª Asamblea mundial, actualizaba los requisitos éticos en las investigaciones con seres humanos.

Esta Declaración se sometió a enmiendas en las Asambleas 29ª celebrada en Tokio en octubre de 1975; en la 35ª Asamblea celebrada en Venecia en octubre de 1983; en la 41ª Asamblea celebrada en Hong Kong en septiembre de 1989; en la 48ª Asamblea General Somerset West, celebrada en Sudáfrica, en octubre de 1996 y en la 52ª Asamblea celebrada en Edimburgo, en octubre de 2000. Asimismo se añadió una Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, celebrada en Washington en 2002 y otra Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, celebrada en Tokio en 2004.

En el último tercio del siglo XX la necesidad del consentimiento informado se ha ido imponiendo hasta en Japón, de tradición paternalista, evolucionando hacia el reconocimiento del Principio de Autonomía; así, la Corte Suprema en Sentencia de 19 de junio de 1981 recogió por primera vez el deber de Información que correspondía al médico en su relación con el paciente.

En la sentencia del caso "*Canterbury versus Spence*", en 1972 en Estados Unidos, aparece por primera vez el término llamado "*privilegio terapéutico*", para considerar que el médico en su deber ético de cuidado estaba legitimado a ocultar la información que pudiera repercutir negativamente en la evolución del paciente; esto significaba anteponer el deber de cuidado al de información, aunque se planteaba a título de excepción.

En 1973 la Declaración de la Asociación Norteamericana de Hospitales, proclamaba la Carta de derechos del Paciente, en la que la necesidad de contar con su consentimiento en las actuaciones médicas aparecía como un derecho destacado, que se complementaba con la necesidad previa de informar.

En 1974 se destaparon en EEUU abusos escandalosos contra la dignidad de las personas al diseñar experimentos aprovechando la incapacidad mental, o prescindiendo del consentimiento adecuado, dados los riesgos a los que los pacientes se sometieron; destacan el estudio Tuskegee sobre la historia natural de la sífilis en un grupo de hombres de raza negra, o el realizado en la escuela para niños mentalmente discapacitados de Willowbrook, Staten Island (Nueva York), donde varias decenas de niños retrasados fueron infectados con pequeñas dosis de suero conteniendo formas poco virulentas del virus de la hepatitis para conocer la historia natural de la enfermedad. Ante estos casos, el Department of Health, Education, and Welfare (DHEW) norteamericano, primer organismo financiador de la investigación biomédica en ese país, presionado por los responsables del National Institute for Health (NIH) y el Public Health Service (PHS), estableció una serie de requisitos y exigencias para llevar a cabo investigación en seres humanos entre los que

estaba la información sobre el experimento y sus riesgos y la voluntariedad. Al mismo tiempo, en 1978, el Congreso norteamericano ponía en marcha la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Informe Belmont), publicado en 1979.

En 1980 en el caso "*Truman versus Thomas*" se condena al facultativo por no haber garantizado correctamente el derecho a la autodeterminación de la paciente.

En 1982 en el caso Culver, se consideró la no validez del consentimiento por la existencia en el paciente de mecanismos psíquicos de defensa que le llevaron a una asimilación deformada de la información. Fue una llamada de atención para considerar que solo la auténtica comprensión de las circunstancias da validez al consentimiento, estando la decisión del paciente plenamente de acuerdo con su sistema de valores.

En España, la prensa nacional publicó en 1984 la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, cuyo contenido pasaría a formar parte del contenido del artículo 10 de la Ley General de Sanidad en 1985. En esta se recogía expresamente el derecho a recibir información y a dar el consentimiento a los actos médicos pudiendo elegir entre las alternativas que el médico presentara.

España recogió el derecho a dar el consentimiento en la Ley General de Sanidad, en 1986, aunque la extensión del artículo 10, en el que se exponían los derechos de los pacientes, tuvo una implantación lenta e irregular.

En realidad, la necesidad de consentimiento para la suscripción de contratos era un principio más antiguo. Digamos que el matiz estuvo en reconocer que la asistencia médica era un contrato y, como tal, necesitaba del consentimiento previo. Así el Código Civil se refería a los requisitos fundamentales del consentimiento en el Art.1261.1º y 1263 y con referencia a la Voluntad en el Art.1265 y 1266, (es nulo el consentimiento prestado por error violencia, intimidación o dolo), apostillando en el Art.1258 que "*los contratos se perfeccionan por el consentimiento*".

En el Código Penal el consentimiento tiene tanta importancia que son numerosos los delitos en los que la falta de consentimiento de la víctima introduce un agravamiento severo de la pena, y como ejemplo está el delito de aborto, trasplante de órganos, esterilización, cirugía transexual, etc...

El Tribunal Supremo de los EEUU en el caso Mary Lu Redmon, recoge la postura de algunos psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, y otros, de negarse a informar al juez de un hecho delictivo, amparándose en el secreto profesional fundado sobre la falta de consentimiento del interesado para revelar los datos. En este caso, el derecho a la privacidad, confidencialidad y protección de los datos personales, se enfrentó al control de la información que sobre una persona existe en las bases de datos o archivos.

En cuanto al dilema de que norma a aplicar cuando estamos ante conflictos de intereses del tema que nos ocupa, por Principio de Jerarquía, existe superioridad de cualquier norma de la CEE sobre cualquier norma nacional. Por ello, y en relación con el consentimiento en sentido amplio, recogemos las siguientes menciones normativas.

El Convenio 28 de enero de 1981, sobre protección de las personas respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal; La Directiva 95/46 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.; el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa, firmado en Oviedo, en abril de 1997, que entró en vigor en nuestro país el 1 de enero de 2000 como "*Convenio Europeo de Bioética*"; Decisión núm.645/96/ CEE, de 29 de marzo de 1996 del CE que aprobó el programa de acción comunitaria de promoción, información, educación y formación en materia de salud pública (1996-2000).

Como recoge Guerrero Picó⁶⁵, la Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995 relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos se aplica al tratamiento total o parcialmente automatizado de datos personales e, igualmente, al tratamiento no automatizado de datos personales contenidos o destinados a ser incluidos en un fichero (Art. 3.1). El Comité de Ministros del Consejo de Europa, aprobó en febrero del año 2000, la llamada "*Recomendación 2000*", en la que propone a sus Estados Miembros una serie de medidas para hacer efectiva la coparticipación de los usuarios en la toma de decisiones en Asistencia Sanitaria.

En el caso del Convenio Europeo de Bioética, aparece todo lo relativo al Consentimiento Informado como un derecho fundamental. Solo puede realizarse una intervención en el ámbito de la salud si la persona afectada ha dado su consentimiento libre y previamente informado. Solo en caso de urgencia se permite la actuación sin consentimiento; incluso en los casos de incapacidad habrá que recabar el consentimiento, aunque sea a través de la representación legalmente establecida para las personas que no puedan decidir por sí mismas. En cuanto a los menores e incapaces se recomienda, como principio general que participen en el proceso (respecto a la información y al consentimiento) en la medida que su grado de comprensión se lo permita.

En España, desde la propia Constitución, pasando por numerosas leyes que citamos a continuación está recogido algún principio respecto al reconocimiento y protección de la confidencialidad, de la intimidad, de la propia imagen, en definitiva, la dignidad de la persona, de forma que estos derechos no se vean perjudicados por la difusión de datos personales. El interesado siempre podrá autorizar y dar su consentimiento en aquellas circunstancias que lo desee para que sus datos personales puedan ser dados a conocer.

Son numerosos los Decretos y las Órdenes Ministeriales que inciden en estos contenidos asistenciales en los que se puede ver comprometida la intimidad de la persona, entre ellos el Real Decreto 944/78 de 14 de abril de Ensayos Clínicos de productos farmacéuticos y preparados medicinales; Real Decreto 2409/86, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo; Real Decreto 561/93, de 16 de abril, por el que se regulan los requisitos para la realización de ensayos clínicos; Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos.

Igualmente el Decreto 521/87 de 15 de abril, que regula la estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales del INSALUD; y La Orden Ministerial de 9 de agosto de 1982 sobre Ensayos Clínicos.

En cuanto a leyes señalamos entre otras: la Ley 30/79 de 27 de octubre de 1979 sobre Extracción y Trasplante de Órganos, así como el Real Decreto 2970/1999, de 30 de diciembre que la desarrolla: la Ley de Autopsias Clínicas de 21 de junio de 1980 ; la Ley 23 de 1981; la ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, 1984; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad es la que desarrolló el Art.43 de la Constitución, norma básica del Dº Sanitario español; la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, modificada por Ley 45/2003 de 21 de noviembre Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica; la Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos desarrollado por el real decreto 411/1996; la Ley 25/90 de 20 de diciembre del Medicamento; la Ley Orgánica 5/1992, de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter personal (L.O.R.T.A.D.), derogada por Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter Personal; la Ley 1/1996 de 15 de enero de Protección jurídica del menor; Ley 41/2002 básica de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

II.5.2. PROTECCIÓN DEONTOLÓGICA DEL DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO

Las normas deontológicas insisten en la necesidad de consentimiento para actuar sobre un paciente, así nuestro Código Deontológico regula este aspecto en los artículos 9.2, al señalar que el médico deberá respetar el derecho del paciente a rechazar un tratamiento. En el artículo 10.5 se recoge el caso de que el paciente no pueda prestar su consentimiento por razón de edad, incapacitación o urgencia. En estos casos el facultativo deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

El artículo 27.2 menciona que se ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y morir con dignidad.

Y en el artículo 29.3 se recoge que deberá recogerse el consentimiento libre y explícito del individuo sujeto de experimentación de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que sea menor o incapacitado. En todos los casos, previamente se le habrá informado.

III. MATERIAL Y MÉTODO EN LA RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN REFERENTE A ESPAÑA Y A LA UE.

En los objetivos del presente trabajo decíamos que pretendíamos, en la primera parte del mismo, comprobar la forma en que están regulados el derecho a la Intimidad, a la Información y a dar el Consentimiento, tanto en España como en Europa, con la intención de hacer una comparación y deducir cuales son las fórmulas más comunes, o las más discrepantes, y sobre todo las más afortunadas en lo formal y en el contenido.

Esto condiciona el material utilizado en este trabajo, así como el método seguido.

Podríamos decir que ha sido previo el método ya que hemos tenido que determinar el camino a seguir para llegar a conseguir el material sobre el que trabajar.

De esta forma, hemos procedido como sigue:

III.1. BÚSQUEDA DE LA NORMATIVA A NIVEL DE ESPAÑA

Como búsqueda hemos partido de la Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del paciente, de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Esta Ley es de ámbito estatal y por tanto nos servirá de marco al que referir el resto de normas que encontremos en las CCAA.

La capacidad legislativa de las CCAA ha llevado a 26 normativas diferentes, Leyes: 20; Decretos: 2; Proyecto de Ley: 1 y Anteproyectos de Ley: 3, en las que se hacen alusiones reguladoras a alguno/s de los derechos de los pacientes estudiados en este trabajo.

La fuente más utilizada para la búsqueda ha sido Internet, y a su través, las páginas webs legislativas referidas a las Consejerías de Salud de las CCAA.

Las 26 normas encontradas han sido:

- **CA de Andalucía:** Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad anticipada y Anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte. El 9 de junio de 2009, la Junta de Andalucía aprueba el proyecto de Ley, la primera en España, que regula la voluntad del paciente terminal, y pasa al Parlamento para su tramitación.
- **CA de Aragón:** Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- **CA de Canaria:** Ley 11/94 de Derechos y Deberes de Ordenación Sanitaria de Canarias.

- **CA de Cantabria:** Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación sanitaria de Cantabria.
- **CA de Castilla-La Mancha:** Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud, 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, presentado por el consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, el 6 de octubre de 2008 ante el Consejo Regional de Salud.
- **CA de Castilla-León:** Ley 8/2003 de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla-León.
- **CA de Cataluña:** 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 y Anteproyecto de ley de modificación de la Ley 21/2000. (Se somete a información pública, según Edicto de 5 de marzo de 2009).
- **CA de Extremadura:** Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura y Ley 3/2005 de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura.
- **CA de Galicia:** Ley de Galicia, 32/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes y Ley de Galicia, 3/2005 de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo.
- **CA de las Islas Baleares:** Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de les Illes Balears
- **CA de La Rioja:** Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja y Ley 9/2005 de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.
- **CA de Madrid:** Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y Ley 3 /2005 de 23 de mayo por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.
- **CA de Murcia:** Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, aprobado el 20 de febrero de 2009.

- **CA de Navarra:** Ley Foral 11/002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica de Navarra y Ley 29 /2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley 11 /2002 de 6 de mayo.
En noviembre de 2009, Navarra aprueba la primera ley autonómica sobre derechos de los transexuales que garantiza la atención sanitaria y el acceso a los servicios específicos. Esta Ley, recoge el pleno derecho a recibir el oportuno diagnóstico y tratamiento médico relativo a su transexualidad.
- **CA del País Vasco:** Decreto 45 /1998 de 17 de marzo, del País Vasco por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias y la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de País Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, reguladora exclusivamente de la expresión de voluntades anticipadas.
- **CA del Principado de Asturias:** Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de instrucciones previas en el ámbito sanitario.
- **CA de Valencia:** La Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad valenciana.

Las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta siguen el sistema del INSALUD y el ámbito legislativo nacional.

Nuestro propósito ha sido conseguir los textos íntegros de cada una de las normas vigentes en cada CA. El hecho de tener recogidos los textos íntegros nos llevó a un trabajo bastante exhaustivo ya que consideramos de interés plasmar, lo correspondiente a la intimidad, a la información y al derecho a dar el consentimiento, pero añadiendo, también lo referente a instrucciones previas, o la libre elección de médico, aspectos éstos de expresión particular de la voluntad del paciente o consentimiento, expresado a propósito de la actuación médica que desea recibir.

Tras extraer de cada texto el contenido de nuestro interés, hemos pasado a una segunda fase. La elaboración de unas tablas en las que pudiera verse fácilmente la forma en que cada CA redacta la regulación de cada derecho, en concreto, teniendo siempre como referencia la Ley 41/2002.

Esta comparación gráfica nos ha permitido, en la discusión, expresar nuestra opinión sobre la conveniencia o no de algunas expresiones, u otros comentarios en los que fundamentar nuestras conclusiones y propuestas que se exponen finalmente.

III.2. BÚSQUEDA DE LA NORMATIVA A NIVEL DEL RESTO DE LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

La búsqueda de la documentación legal sobre derechos de los pacientes en los países de la Unión Europea ha sido compleja por varios motivos:

- 1) La dispersión de normas dentro del mismo país, con textos legislativos de diferente rango y repeticiones varias.
- 2) La ampliación última supuso la incorporación de nuevos países, del este y del norte, con diferencias socio-sanitarias importantes con respecto a los países clásicos de la UE.
- 3) La diversidad de lenguas (Inglés, francés, portugués, italiano, alemán, holandés, eslovaco, esloveno, griego, polaco, checo y rumano) y la dificultad de encontrar los textos legales en inglés, habiendo tenido, finalmente que acceder a algunos de ellos en la lengua original y a través de traductores nativos.
- 4) Finalmente, hemos encontrado algún país en los que la ausencia de legislación se suple con referencia a la Constitución, a Códigos Deontológicos, Derecho penal, o a normativa comunitaria.

Por ello, el método seguido ha sido conseguir las normas existentes en cada país, a través de contactos con las universidades, en Internet, en buscadores legislativos de derecho, medicina y derechos de los pacientes y Ministerios de sanidad y, finalmente, a través de contacto telefónico directo con Consulados y Embajadas de estos países en España.

El total de textos obtenidos fueron más de 200, desechando aquellos que no se referían directamente al derecho a la intimidad, a recibir información y a dar el consentimiento. El total seleccionado y sobre los que se ha trabajado han sido 163.

El método en esta parte del trabajo ha sido exponer por orden alfabético de los países, la regulación que cada uno hace de cada uno de los derechos motivo de este estudio. Esta exposición iba precedida de unos comentarios explicativos de lo que habíamos encontrado en líneas generales. Al finalizar esta exposición, en forma de texto, hemos elaborado unas tablas en la que hemos plasmado este material ya sintetizado, a los efectos prácticos de facilitar después la comparación y discusión.

De la discusión se derivan las conclusiones y propuestas que se exponen finalmente.

Nuestro material se concentra, por tanto, en dos bloques, el primero contiene todas las leyes y normas correspondientes a las CCAA españolas dedicadas a regular los derechos de los pacientes. El segundo bloque, contiene todas las leyes y normas encontradas en los países de la Unión Europea. La amplitud de las normas y leyes obtenidas en los diferentes países de la UE hace que hayamos considerado más procedente no enunciar aquí todas y cada una de estas leyes puesto que en los resultados y discusión las mencionamos en cada país antes de proceder a exponer sus contenidos. Igualmente aparecerán en la bibliografía, por lo que sería repetitivo exponerlas aquí.

IV. RESULTADOS REFERIDOS A ESPAÑA.

IV.1. DOCUMENTACIÓN LEGISLATIVA

Ya hemos mencionado que en España existe como referencia estatal la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en vigor desde el 16 de mayo de 2003.

Esta ley se mantuvo en discusión en el Parlamento español durante varios años, lo que condujo a la aparición de leyes aprobadas en los parlamentos de las CCAA más ágiles y con deseos de adelantarse, en temas tan sociales como los derechos de los pacientes, a la propia normativa estatal.

El legislador ha otorgado a la Ley el carácter de legislación básica conforme a lo dispuesto en el Art. 149.1.1a y 16 a, de la Constitución española (Disposición Adicional 1ª Ley/2002).

Como señalan Seuba y Ramos⁶⁶, la calificación de ley básica motivó que el Parlament de Catalunya decidiera, en febrero de 2003, interponer un recurso de inconstitucionalidad (el recurso era extemporáneo y no fue admitido el 1 de julio de 2003. Auto Nº 228/2003) contra algunos de sus preceptos, al considerar que contravienen el bloque de constitucionalidad y, por ello, no respetan las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas, en especial, las que hacen referencia a su capacidad organizativa. En concreto, los artículos impugnados son:

Art. 14.2 (que establece la obligación de que cada centro archive las historias clínicas), Art. 17.4 (que determina que los encargados de la administración solo pueden acceder a los datos relacionados con sus propias funciones), Art. 21.1, segundo inciso (que no permite el alta forzosa del paciente en casos de existencia de tratamientos alternativos facilitados por el centro y aceptados por el paciente) y la citada Disposición Adicional 1ª Ley 41/2002.

La calificación de legislación básica de la Ley 41/2002, a su vez, ha colocado algunos aspectos regulados por las leyes autonómicas fuera del marco previsto por esta legislación estatal.

- La primera Comunidad Autónoma que legisló sobre derechos de los pacientes fue el País Vasco, en el Decreto 45 /1998 de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias⁶⁷; este Decreto establece en su Art.3, el contenido mínimo de la Hoja de Urgencias, en su Art.4, tipos documentales de la Historia Clínica y en el Art. 11 los tipos de documentos que se conservarán de manera definitiva.

Posteriormente, la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, reguladora exclusivamente de la expresión de voluntades anticipadas⁶⁸.

- En Cataluña encontramos, la Ley 21/2000, 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 2001⁶⁹. Según Serrano Ruiz-Calderón⁷⁰ esta Ley liga las denominadas instrucciones previas, a la Autonomía y recoge dos precauciones que no han sido respetadas en la posterior ley nacional aunque, en cierta forma, la inspiran: Una es la exigencia documental estricta de la voluntad, que se otorgue ante notario o ante tres testigos cualificados, la segunda es la exigencia de que el paciente entregue las instrucciones a los médicos que le atienden, lo que resuelve en cierta forma el problema de los registros que están previstos en la legislación nacional.

Según Edicto de 5 de marzo de 2009 se somete a información pública el Anteproyecto de ley de modificación de la Ley 21/ 2000, de 29 de diciembre (N7 ref. 393/2001), sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. ⁷¹ Se propone modificar el artículo 12 relativo a la conservación de la historia clínica. Se añade la responsabilidad de custodia de la historia clínica, por parte de la dirección de los centros sanitarios o los profesionales que desarrollan su actividad de manera individual, así como el proceso de digitalización de los datos contenidos.

La historia clínica deberá conservarse durante 15 años como mínimo, a contar desde la fecha de alta de cada proceso asistencial y aquella información relevante se conservará durante todo el tiempo que sea necesario.

Así mismo, se añade una disposición adicional segunda por la que se autoriza al consejero del Departamento de Salud, a la creación de una comisión técnica que tendrá como finalidad establecer criterios uniformes sobre la conservación de la documentación clínica.

- En Galicia, la Ley 3/2001, de 28 de mayo, (B.O.E.03-07-01), reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes⁷² y posteriormente la Ley 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 pacientes⁷³.
- En Extremadura la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura,⁷⁴ y la Ley 3/2005 de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.⁷⁵
- En Madrid la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid⁷⁶. Y la Ley 3 /2005 de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente⁷⁷.
- En Aragón la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón⁷⁸.
- En La Rioja, la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud⁷⁹, y la Ley 9 /2005 de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad⁸⁰.
- En Navarra, la Ley Foral 11/002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica⁸¹ y la Ley 29 /2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11 /2002 de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.⁸² En noviembre de 2009, Navarra aprueba la primera ley autonómica sobre derechos de los transexuales que garantiza la atención sanitaria y el acceso a los servicios específicos.
- En Cantabria, la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación sanitaria de Cantabria⁸³.

- En la Comunidad valenciana La Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad valenciana⁸⁴.
- En Las Islas Baleares la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de les Illes Balears⁸⁵.
- En Castilla-León la Ley 8/2003 de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla-León⁸⁶.
- En Asturias, Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de instrucciones previas en el ámbito sanitario.⁸⁷
- En Andalucía Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía⁸⁸; Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad anticipada⁸⁹ y Anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte (Boletín Nº 183 de 15/09/2008). El 9 de junio de 2009, la Junta de Andalucía aprueba esta Ley, que es la primera en España que regula la voluntad del paciente terminal, y pasa al Parlamento para su tramitación⁹⁰.
- En Murcia El Consejo de Gobierno murciano aprobó el 20 de febrero de 2009, el proyecto de Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia,⁹¹ que se remitirá a la Asamblea Regional para su tramitación parlamentaria. El objetivo es la promoción, salvaguarda y cumplimiento de los derechos y deberes relacionados con la salud, y la consolidación del papel de usuarios y pacientes como participantes activos de la Sanidad.
- En las Islas Canarias: la Ley 11/94 de Derechos y Deberes de Ordenación Sanitaria de Canarias⁹².

- En Castilla-La Mancha, el 6 de octubre de 2008, el consejero de Salud y Bienestar Social Fernando Lamata, presentó al Consejo Regional de Salud el anteproyecto de una Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud, 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,⁹³ como la segunda opinión médica o la libre elección de especialista. También se hace referencia al consentimiento informado y las voluntades anticipadas, la participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud o los derechos de los profesionales en los centros, servicios y establecimientos sanitarios. Por último, se dedica un capítulo específico a los deberes de las personas en materia de salud.
- Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla continúan con el sistema del INSALUD y se rigen por la normativa estatal. Por eso no aparecen reflejadas en la Tabla comparativa, al igual que las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Murcia por encontrarse sus leyes en fase de aprobación y tramitación parlamentaria.

IV.2. TABLA CCAA

Dº A LA INFORM. ASISTENCIAL	Ley Estatal 41/2002,14 Nov.(art.4)	Ley Catalana 21/2001,29 Dic.(art.2)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo(art.7 y 8)	Ley Extremadura 3/2005 de 8 Julio (art.4)	Ley Madrid 12/2001 de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.8)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 12/2003 de 28 de Enero (art.6)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 11/04 de Ordenación Sanitaria de Canarias (art6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril(art.17)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio de Andalucía y Ley 5/2003 de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previc.Asturias
Motivo	Con Motivo de actuación en el ámbito de su salud	Cualquier intervención Asistencial		art.4.1 Con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud	art.27.1 En relación con su propia salud	art.8.1 En todo el proceso asistencial o tras el alta del mismo	art.11.1 Informerent e a su salud y al proceso asistencial	art.2.2 En cualquier actuación en el ámbito de los servicios sanitarios		art.6.1 Sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial		art.én Dº a que se le dé información sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento		art.6.1 h.Dº a que se le dé información sobre su proceso	
Cantidad	Toda la I. Disponible. Excepto supuestos por ley	Toda la I Obtenida		art.4.5 Toda la I disponible sobre la misma	art.27.7 Incluye el acceso a la información escrita en la HC,resultado de pruebas complementarias ,informes de alta certifi. médicos y cualquier otro doc.clinico que contenga datos sanitarios propios	art.8.1 Toda la I que se hubiera obtenido sobre su estado de salud	art.11.1 Toda la I obtenida respecto a su salud	art.2.2 Toda la información obtenida sobre su propia salud	art.40.5 Dº a disponer de la información escrita sobre su proceso asistencial y estado de salud	art.6.1 Toda la información obtenida sobre su propia salud	art.11.1 Información completa y continuada	art.6. n Dº a que se le dé información completa y continuada	art.17.1 y2 Información de forma continuada , razonable y suficiente	art.6.1.h Información completa y continuada, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento	
Renuncia a la I	Respetar la voluntad de no ser informado	Respetar la voluntad de no ser informado		art.14.5 Toda persona tiene Dº a que se respete su voluntad de no ser informada	art.27.1 Respeto a la decisión de no ser informado	art.8.1 Dº de la persona a no ser informada	art.11.1 Se ha de respetar la voluntad del paciente en el caso de que este no quiera ser informado	art.2.2 No obstante es necesario respetar la voluntad explicita de una persona a no ser informada	art.40.1 Respetando también su voluntad de no ser informado	art.6.1 Deberá respetar la voluntad del paciente si no desea ser informado	art.11.1 Se respetará la voluntad de no ser informado		art.19 Respeto a la voluntad de no ser informado		

Dº A LA INFORM. ASISTENCIAL	Ley Estatal 4/2002,14 Nov.(art.4)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.2)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.7 y 8)	Ley Extremadura 3/2005 de 8 Julio (art.4)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.8)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 1/2002 de 6 de Mayo (art.2)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Decreto 45/1998 de 17 marzo (HC) Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. De VA	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.6)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias (art6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril(art.17)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias	
Modo de la I	Generalmente verbal		art.7.5 En caso de que deba constar por escrito... (requisitos)	art.4.4 Como regla general la I se proporcionará verbalmente.	art.8.2 Será presentada por regla general,de forma verbal		art.2.2 Como regla general será presentada de forma oral				art.11.1.n Verbal y escrita	art.17.3 Se proporcionará verbalmente	art.6.1.h verbal y escrita				
Dejar Constancia en HC	Constancia en HC		art.7 Si estado de necesidad terapéutica ,el médico dejará constancia en la HC de las circunstancias en la HC	art.4.4 Dejando constancia en la HC	art.8.2 He de dejarse constancia en la HC	art.11.2 El ciudadano tiene dº a que su HC recoja toda la información veraz, actualizada sobre su estado de salud	art.2.2 Deberá dejarse constancia en la HC	art.4 y 5 Decreto 45/1998 Recoge varios tipos de documentación que incluyen la información relativa al paciente			art.11.1. Quedará constancia por escrito o en soporte técnico adecuado a todo su proceso	art.17.3 Dejando constancia en la historia clínica					
¿Qué comprende la I?	Comprende como mínimo:final natur.risgos, consecuencias		art.8.5 Identif. descripción, objetivo ,beneficios, alternativas, consecuen., riesgos frec.poco frec.,personalizabos y comunicacion- nes.				art.2.1 Dº a recibir información sobre los servicios y dispositivos que pueden acceder 2.2 Abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación así como sus riesgos y consecuencias	art.40.4 Incluye el diagnóstico, las consec. del tratamiento y las del no tratamiento, las alternativas terapéuticas y el pronóstico		art.11.3 Identificación y descripción, objetivo del procedimiento. Beneficios que se esperan alcanzar Alternativas Consecuencias previsibles a su realización o no Realización- Respuesta frecuente,poco frecuentes							
Veracidad de la I	Infor. verdadera	Debe ser verídica	Será verdadera		art.8.2.1 Será verídica	art.11.1 Información veraz	art.2.3 Será verídica	art.40.4 La información será veraz			art.6.2 La información será veraz			art.17.2 Será veraz			

Dº A LA INFORM. ASISTENCIAL	Ley Estatal 41/2002,14 Nov.(art.4)	Ley Catalana 21/2000, 29 Dic.(art.2)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.7 y 8)	Ley Extremadura 3/2005 de 8 Julio (art.4)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.8)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 1/2002 de 6 de Mayo (art.2)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.6)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias (art6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril(art.17)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princi-Asturias
Forma de dar INFORM.	Forma comprensible y adecuada a sus necesidades	Forma comprensible y adecuada a las necesidades y requerim.	art.8.4 Objetiva, específica ecuada al procedim., evitando aspectos alarmistas	art.4.4 Ley 3/2005 se proporcionará de forma comprensible y adecuada a las necesidades y a los requerim. del paciente	art.27.1 En términos comprensibles	art.8.2 Forma comprensible y adecuada a las necesidades y los requerim. del paciente	En Términos comprensibles 11.1 atendiendo a las características personales, culturales, lingüísticas educacionales, etc.)	Debe darse de forma comprensible y adecuada a las necesidades y los requerim. del paciente	art.40.4 En términos comprensibles para el paciente	art.6.2 Facilmente comprensible y adecuada a las necesidades y los requerim. del paciente	art.11.1 Se le facilite en términos comprensibles	art.6.1.h Dº a que se de la l. en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados				
Ayuda en la decisión	Ayuda a tomar decisiones de acuerdo a su propia y libre voluntad	Ayuda a tomar decisiones de manera autónoma	art.8.3 La inform. se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente	art.8.2 Poder tomar las decisiones de una manera autónoma	art.27.1 Para poder tomar una decisión realmente autónoma	art. 8.2 Poder tomar las decisiones de una manera autónoma	art.11 a l dada de forma comprensible de manera que pueda disponer de elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que afecte	Para ayudarle a tomar decisiones de una manera autónoma	art.40.3 La forma y el contenido de la información se ajustarán a la finalidad de poner al alcance del paciente elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que le afecte	art.6.2 Con el objeto de ayudarle a tomar decisiones sobre su salud						

D ^a A.L.A. INFORM. ASISTENCIAL	Ley Estatal 41/2002,14 Nov.(art.4)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.2)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo(art.7 y 8)	Ley Extremadura 3/2005 de 8 Julio (art.4)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.8)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 1/2002 de 6 de Mayo (art.2)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.6)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias (art6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril(art.17)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias
Garantía D^a I por médico responsable	Médico responsable garantiza el cumplimiento D ^a Infor.	Médico responsable garantiza el cumplimiento D ^a Infor.	art.9. Médico responsable del paciente garantiza el cumplimiento	art.6.4 El médico responsable al igual que los profesionales que le atienden	art.27.4 Su médico o facultativo será responsable de proporcionar toda la información que requiera	art.8.3 Corresponde al médico o equipo de médicos responsable garantizar el cumplimiento del d ^a a la Infor.	art.12.3 El profesional escogido será el responsable del proceso conjuntamente con el equipo asistencial y además de integrar toda la información	art.2.4 Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento de la información	art.40.7 Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento de la información	art.11.2 El médico responsable del paciente garantiza el cumplimiento de este a la información	art.6.3 Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento de este a la información	art.11.2 El médico responsable del paciente garantiza el cumplimiento de este a la información		art.21.2 y 3 Se identificará al médico y enfermero responsable en el menor tiempo posible en su ausencia se garantiza que otros profesionales asuman respons.	art.6.1.n D ^a a que se le asigne un médico que será su principal con el equipo asistencial	
Garantía D^a I por otros profesionales	Profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le aplican una técnica o proc. concreto	También deben asumir los profesionales que le atienden o le aplican una técnica o proc.concreto	También serán responsables los profesionales que lo atienden durante el proceso asistencial o que le aplican una técnica o un proc. concreto	Al igual, los profesionales que le atienden	art.8.3 Esta es igualmente exigible a los demás profesionales sanitarios que le atienden o le aplican una técnica o un proc. Concreto	art.12.3 Conjuntamente con el equipo responsable	art.2.4 También deben asumir los profesionales asistenciales que le atienden o le aplican una técnica o un proc. concreto	art.40.7 También han de asumir la información de los profesionales asistenciales de facilitar la información que se deriva específicamente de sus actuaciones al paciente	art.11.2 Los profesionales que le atienden y le aplican una técnica o un procedimiento también han de asumir la información que se deriva en el proceso de información al paciente	art.21 Asumen también la responsab. de información de todos los profesionales que aplican una técnica o proc. concreto	En su ausencia otro facultativo del equipo asumirá la responsab.					

TITULAR DEL Dº A LA INFORM. ASISTENCIAL	Ley Estatal 41/2002,14 Nov.(art.5)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.3)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.7 y 8)	Ley Extremadura, 3/05 de 8 de Julio (art.5)	Ley Madrid 12/2001, de 21 Dic.(art.27,6)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.9)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art. 11b, c)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt Anticiparias	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.7)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.18)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio de Salud de Andalucía y Ley 5/2003,de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previa. Princ.Asturias
Titular	Es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho en la medida que éste lo permita de manera expresa o tácita	Es el paciente. Debe informarse a las personas vinculadas, en la medida que éste lo permita expresamente	art.8 Es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho en la medida que el paciente lo permita de forma expresa o tácita	art.5.1 Es el paciente.Las personas vinculadas al mismo deberán ser informadas en la medida en que éste lo permita expresamente o tácitamente	art.27.1 El ciudadano tiene derecho a ser informado 27.6. El paciente por decisión propia,podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros	art.9.1 Es el paciente. Igualmente se informará a los familiares o personas a él allegadas, cuando preste su conformidad de manera expresa o tácita	art.11.b El paciente y los profesionales han de pedirle a él ,indicaciones acerca de las personas a quienes deseen que se les faciliten información sobre su proceso clínico, debiendo informar a las personas próximas a él en la medida que el paciente lo desee	art.3. Es el paciente.Las personas vinculadas al mismo deberán ser informadas en la medida en que aquél lo permita expresa o tácitamente			art.7.1 El paciente es el único titular del dº a la información. La información que se dé a sus familiares o persona que le represente legalmente, será la que él previamente autorizo para recibir esta información	art.11 Es el paciente. Este puede autorizar expresamente a otra persona para recibir esta información	art.18 El paciente es el titular del derecho a la información	art.6.1 Los ciudadanos son titulares y disfrutan del derecho a la información		

TITULAR DEL D.A.L.A ASISTENCIAL	Ley Estatal 4/2002/14 Nov.(art.5)	Ley Catalana 2/2000/29 Dic.(art.3)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo(art.7 y 8)	Ley Extremadura, 3/05 de 8 de Julio (art.5)	Ley Madrid, 12/2001, de 21 de Dic.(art.27/6)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.9)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11b, c)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.7)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.18)	Ley 2 / 1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003,de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.Asturias
	Se le informará de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. También informará a su representante legal	Se le informará en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de tener que informar también a su representante legal	art.6b Cuando el paciente sea un incapacitado legal, el derecho corresponde a su representante legal. Cuando, a criterio del médico responsable, el incapacitado reúne condiciones de madurez ,le facilitará la información adecuada a su capacidad	art.5.3 En caso de incapacidad del paciente o en aquellos casos en que a criterio del médico que le asiste, el paciente carece de capacidad para entender la l. o para hacerse cargo de su situación, a causa de su estado físico o psíquico ,se deberá informar a la persona que obsteinte su representación o en su defecto,	art.9.2 En supuesto de incap. del paciente éste debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio del deber de informar a quién ostente su repr.legal	art.11.c En el caso de menores o pacientes no capacitados para entender la información, se les informará de acuerdo con su grado de comprensión, así como sus familiares, representantes o vinculados a ellos	art.3.2 En caso de incapacidad del paciente ,este debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de tener que informar también a quien tenga su representación, personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho, que asuman la responsab. de las decisiones que hayan de adoptarse o propuestas por el médico	art.40.8 En caso de incapac.del paciente, éste ha de ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de la información debida a quien ostente su representación legal			art.7.2 Cuando a criterio del médico, el paciente está en una situación de incapacidad o permanente para comprender la información, se le dará el grado de comprensión que se le permita, debiendo informarse también a sus familiares, personas allegadas , incluyendo todas aquellas personas que se refiera a la Ley 1/21, de 6 de abril, de la Generalitat Valenciana por la que se regulan las parejas de hecho			art.18.3 En los supuestos en que la capacidad se encuentre limitada, se proporcionará la información al represent., familiares, personas vinculadas de hecho u otras personas o instituciones determinadas por la Ley		
Caso Incap.																

TITULAR DEL Dº A LA INFORM. ASISTENCIAL	Ley Estatal 41/2002,14 Nov.(art.5)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.3)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo(art.7 y 8)	Ley Extremadura, 3/05 de 8 de Julio (art.5)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27,6)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.9)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11b, c)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.7)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.18)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003 de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ-Asturias	<p>a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho que asuman la responsab. de las decisiones que hayan de adoptarse a propuesta del médico,sin perjuicio de la obligación de informar al paciente en la medida en que lo permitan las circunstancias, y su grado de comprensión</p>
Caso Incap.																	

TITULAR DEL D/A LA INFORMAL ASISTENCIAL	Ley Extal 41/2002,14 Nov.(art.5)	Ley Catalana 21/2000 ,29 Dic.(art.3)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo(art.7 y 8)	Ley Extremadura, 3/05 de 8 de Julio (art.5)	Ley Madrid, 12/2001 de 21 de Dic.(art.27.6)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril(art.9)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11b, c)	Ley Foral Navarra 29/2002 de 4 de abril modifica parc. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco, 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.7)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.41)	Ley 1104, de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 8/2003 de 8 de Abril (art.18)	Ley 2 / 1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley. 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.Asturias
Capacidad de entendimiento	Si según criterio del médico que le asiste, carece de cap.a causa de estado físico o psíquico, entonces se pondrá la info en conocimiento de las personas vinculadas, por razones familiares o de hecho	Si según criterio del médico responsable de la asistencia competente a causa de estado físico o psíquico, entonces se pondrá la info en conocimiento de las personas vinculadas, por razones familiares o de hecho	art.3 Si el médico responsable de la asistencia considera que el paciente no se encuentra en condiciones de entender la información o hacerse cargo de su situación debe informarse también a las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho que asuman la responsab. de dar conformidad a las decisiones del médico	art.3 Si el médico responsable de la asistencia considera que el paciente no se encuentra en condiciones de entender la información o hacerse cargo de su estado físico o psíquico, deberá ponerla en conocimiento de los familiares o de las personas allegadas que se responsabilicen del paciente	art.3 Si el paciente, a criterio del médico la asistencia, no es capaz para entender la información o hacerse cargo de su situación debe informarse también a las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho que asuman la responsab. de dar conformidad a las decisiones del médico											

TITULAR DEL D.A.L.A ASISTENCIAL	Ley Estatal 4/2002,14 Nov.(art.5)	Ley Catalana 2/2000,29 Dic.(art.3)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo(art.7 y 8)	Ley Extremadura, 3/05 de 8 de Julio (art.5)	Ley Madrid, 12/2001, de 21 Dic.(art.27,6)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.9)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.11b, c)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 1/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.40)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.7)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.11)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.18)	Ley 2 / 1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003,de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.Asturias
Limitación del DVI	Por estado de necesidad terapéutica		art.7 Por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica.					art.3.4 En situaciones de urgencia de vital, necesidad terapéutica o ausencia de personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho, el médico podrá adoptar las decisiones más adecuadas y proporcionadas -para actuar en interés del paciente			art.7.4 Constituirá una excepción al DVI la situación sanitaria de los enfermos, la existencia de una necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar al paciente, cuando por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de forma grave			art.20 Cuando se produzcan casos excepcionales en los que, por razones objetivas, el conocimiento de su situación por parte de una persona pueda perjudicar de manera grave a su salud, el médico asignado podrá actuar profesionalmente sin informar al paciente, debiendo en todo caso informar a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho y dejar constancia en la HC		

INFORM. EPIDEMIOLOGICA	Ley Estatal 4/2002,14 Nov.(art.6)	Ley Catalana 21/2000, 29 Dic.(art.4)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.8)	Ley Madrid, 12/2001, de 21 Dic.(art.29a)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.10)	Ley La Rioja de Abril (art.10.1)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril, modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo (art.4)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.26, 2b)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.5)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.5)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.23)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princi-Asturias
Dº a conocer los problemas sanitarios de la comunidad pública o individual y de su difusión en términos verdaderos y adecuados para la protección de la salud de acuerdo con lo establecido por ley	Dº a conocer los problemas de salud de la colectividad si riesgo para la salud y a su difusión en términos verdicos y adecuados para la protección de la salud	Dº a conocer los problemas de salud de la colectividad si riesgo para la salud y a su difusión en términos verdicos y adecuados para la protección de la salud		Los ciudadanos tienen el derecho a recibir información oportuna y veraz antes de un riesgo grave y notado para la salud pública. Las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma de Extremadura ofrecerán información suficiente sobre los factores, las causas de riesgo para la salud individual y colectiva, incluyendo la información epidemiológica general y la información relativa a los peligros.	art.29e Difusión directa de información de interés para el ciudadano con énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias	art.10 Los ciudadanos tienen derecho a ser informados por la autoridad sanitaria de los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo una incidencia significativa o un interés para la comunidad, mediante información difundida en términos comprensibles, veraces y adecuados para la protección de la salud	art.10.1 Los ciudadanos tienen derecho a ser informados por la autoridad sanitaria de los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo para la salud colectiva, y a la información y las medidas sanitarias de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias	Los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a tener conocimiento adecuado de los problemas sanitarios generales que impliquen un riesgo para la salud colectiva, y a la información y las medidas sanitarias de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias	La difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano con especial énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias		A ser informados adecuadamente, en términos comprensibles, de los factores, de las situaciones y de las causas de riesgo para la salud individual y colectiva, incluyendo la información epidemiológica general y la información relativa a los peligros del medio ambiente,	art.23 Las Administraciones Públicas de Castilla y León ofrecerán información suficiente sobre los factores, las situaciones y las causas de riesgo para la salud individual y colectiva, incluyendo la información epidemiológica general y la información relativa a los peligros del medio ambiente,		art.6.1.c Dº a la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva		

INFORM. EPIDEMIOLÓGICA	Ley Estatal 41/2002,14 Nov.(art.6)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.4)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.8)	Ley Madrid 12/2001, de 21 Dic.(art.29a)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.10)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.10.1)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo (art.4)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.26, 2b)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.5)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.5f)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.23)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princi-Asturias
Contenido				<p>derivados del medio ambiente, de los alimentos, del agua de consumo y de los hábitos y comportamientos individuales, de manera que se fomenten comportamientos y hábitos de vida saludables</p>							<p>prevención de las enfermedades y la asunción responsable de la propia salud.</p> <p>3.- La Conselleria de Sanidad informará con carácter periódico del análisis epidemiológico de las distintas áreas de salud</p>			<p>de los alimentos, del agua de consumo y de los hábitos y comportamientos individuales, de manera que se fomenten comportamientos y hábitos de vida saludables</p>		

Dº A LA INTIMIDAD	Ley Estatal 4/2002 (art.7)	Ley Catalana 21/2000(art.5)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.10-14)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril de art.11(1,2,3,4)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.7)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero art.26	Ley Balear 5/2003 de 4 de abril (art.10)	Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art 9-16)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princi-Asturias
Contenido	Dº a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autoriz.por ley	Dº a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente		art.10 Toda persona tiene derecho a que se respete su intimidad en las actuaciones sanitarias y a la confidencialidad de la información relacionada con su salud y estancias en centros sanitarios públicos o privados. Igualmente, tiene derecho a que nadie pueda acceder a estos datos sin contar con su autorización, con las excepciones previstas en la presente Ley	art.7.-6 1-Dº a que se le garantice la posibilidad de limitar la difusión de los datos de investigación, estudios, u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención 2-Dº a que nadie que no cuente con su autorización puede acceder a ellos, salvo persona-3º de seguridad de la persona-3º de registros antes de la realización y difusión de los registros fonográficos-4º a preservar la intimidad del cuerpo y de sus miembros y comunicaciones con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.	art.7.-6 1-Dº a que se le garantice la posibilidad de limitar la difusión de los datos de investigación, estudios, u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención 2-Dº a que nadie que no cuente con su autorización puede acceder a ellos, salvo persona-3º de seguridad de la persona-3º de registros antes de la realización y difusión de los registros fonográficos-4º a preservar la intimidad del cuerpo y de sus miembros y comunicaciones con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.	art.7.-6 1-Dº a que se le garantice la posibilidad de limitar la difusión de los datos de investigación, estudios, u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención 2-Dº a que nadie que no cuente con su autorización puede acceder a ellos, salvo persona-3º de seguridad de la persona-3º de registros antes de la realización y difusión de los registros fonográficos-4º a preservar la intimidad del cuerpo y de sus miembros y comunicaciones con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.	art.7.-6 1-Dº a que se le garantice la posibilidad de limitar la difusión de los datos de investigación, estudios, u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención 2-Dº a que nadie que no cuente con su autorización puede acceder a ellos, salvo persona-3º de seguridad de la persona-3º de registros antes de la realización y difusión de los registros fonográficos-4º a preservar la intimidad del cuerpo y de sus miembros y comunicaciones con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.	art.26 1.- Toda persona tiene el derecho a que se respete su intimidad y a la confidencialidad de los datos referentes a su salud.Nadie que no esté autorizado podrá acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente 26.3 Todo paciente tiene el derecho a que se respete su intimidad de su cuerpo con respecto a otras personas.La prestación de los servicios sanitarios no podrá ser denegada ni habrá perjuicio alguno por el hecho de que los datos básicos de la intimidad	art.10 El derecho a la intimidad del paciente se concreta en el respeto a la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud y a la asistencia sanitaria o al tratamiento de su cuerpo con respecto a otras personas que no estén autorizadas debidamente no pueden acceder a estos datos	art.6.1.a)Dº al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad y 6.1.b) Dº a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier centro sanitario de Canarias	art.9.Los Poderes Públicos de Castilla y León velarán por el respeto a la intimidad de las personas en las actuaciones sanitarias, por la confidencialidad de la información relacionada con la salud y por que no se produzcan accesos a estos datos sin previa autorización amparada por la Ley	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	

Dº A LA INTIMIDAD	Ley Estatal 4/2002 (art.7)	Ley Catalana 2/2000(art.5)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.10-14)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril art.11(1,2,3,4)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.7)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.36)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero art.26	Ley Balear 5/2003 de 4 de abril (art.10)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art 9-16)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 9/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias	
información relativa a los actos sanitarios, manteniéndose dentro del secreto profesional estirido y del dº a la intimidad del paciente 5. dº acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria y conocer la información existente en registros o ficheros 6.Dº a que se le pida su consentimiento antes de la realización y difusión de los registros iconográficos que permitan su identificación		de Caracter Personal y a conocer en todo caso quién ha accedido a sus datos sanitarios el motivo del acceso y el uso que se ha hecho de ellos, salvo en caso del uso codificado de los mismos		c.- Solicitar la presencia de familiares o personas vinculadas a él, en todo momento													
Contenidos																	

Dº A LA INTIMIDAD	Ley Estatal 4/2002 (art.7)	Ley Catalana 21/2000(art.5)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.10-14)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril art.11(1,2,3,4)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.7)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril, modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo (art.3)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.36)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero art.26	Ley Balear 5/2003 de 4 de abril (art.10)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art 9-16)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 9/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.-Asturias
<p>Garantía</p> <p>Los centros sanitarios adoptarán medidas para garantizar los dº's y el acceso legal a los datos de los pacientes</p>	<p>Los centros sanitarios deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado 1, y a dicho efecto deben elaborar, en su caso, normas y procedimientos para garantizar la legitimidad del acceso a los datos de los pacientes</p>	<p>Los centros sanitarios ubicados en su ámbito guarden la debida confidencialidad de los datos referidos a las usuarias, a su filiación, opción de parto, el historial de sus datos, objetos de malos tratos y, en general, cuantas informaciones puedan tener especial relevancia para la salvaguarda de la intimidad personal y familiar</p>	<p>art.19.4 Garantizado el dº a la intimidad personal y familiar,por lo que el personal que acceda a esta inform. guardará el secreto profesional</p>	<p>art.12.1 Las autoridades sanitarias vigilarán que todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios ubicados en su ámbito guarden la debida confidencialidad de los datos referidos a las usuarias, a su filiación, opción de parto, el historial de sus datos, objetos de malos tratos y, en general, cuantas informaciones puedan tener especial relevancia para la salvaguarda de la intimidad personal y familiar</p>		<p>Los centros asistenciales adoptarán medidas para garantizar Los anteriores derechos.a tal efecto elaboraran las normas de régimen interno y los procedimientos necesarios</p>	<p>art.7.4 Aludido en el cuadro anterior:la contidencialidad de la información relativa a los actos sanitarios, manteniéndose dentro del secreto profesional estricto y del dº a la intimidad del paciente</p>	<p>art.5.2 La Administración Sanitaria Navarra y los centros sanitarios deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los dº's a que se refiere el apartado 1, elaborando en su caso, normas y procedimientos para garantizar la legitimidad del acceso a los datos de los pacientes. En tal caso deberá comunicarse a los usuarios las razones y el modo de proporcionar tales informaciones</p>	<p>art.36.2 El dº del art. anterior deberá ser en todo caso compatible con las normas de convivencia del centro sanitario y la correcta práctica médica,a juicio exclusivo del equipo médico responsable cuyo criterio prevalecerá en situaciones de conflicto de intereses entre el dº a la salud y el dº a la intimidad del paciente</p>	<p>art.26.2 Todos los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los dº's a los que se refiere el punto 1 de este art,y a tal efecto elaborarán normas internas y procedimientos que regulen el acceso a los datos del paciente</p>	<p>art.10.2 Los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar el dº a la intimidad.A estos efectos han de elaborar normas y procedimientos para garantizar el acceso a los datos de los pacientes. 10.3 El personal de los centros y sanitarios sólo podrá desvelar los datos relativos a procesos asistenciales de los pacientes en los casos legalmente previstos</p>	<p>art.10 Los Poderes Públicos de Castilla y León velarán por el respeto a la confidencialidad de la información referida al patrimonio genético y por que dicha información no sea utilizada para ningún tipo de discriminación individual o colectiva</p>				

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.8-13)	Ley Chalhana 21/2000 29 Dic.(art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 4 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1988.de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princi-Asturias
<p>Toda Actuación en el ámbito de la salud.Necesita C. Libre y voluntario del afectado una vez informado y habiendo valorado las opciones propias del caso</p> <p>Consentimiento o informado (art.8)</p>	<p>art.23.1 A los efectos de la presente Ley, se entiende por CI la conformidad expresada del paciente, mediante forma voluntaria y libre, previa obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, para la realización de cualquier actuación relativa a su salud,as un paciente y su derecho del consentimiento, un deber del médico responsable. El médico responsable por el paciente o por el que practique la intervención o el procedimiento</p>	<p>art.3. El prestatario voluntario afectado para toda actuación en el ámbito de su salud y que recibida la información adecuada, hubiera valorado las opciones propias del caso</p>	<p>art.27.4 Después de haberle proporcionado información que requiera para poder elegir y en su caso otorgar su consentimiento a la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y otros, que su estado de salud precise</p>	<p>12.Cualquier intervención que se produzca en el ámbito de la salud requiere el consentimiento específico y libre de la persona afectada,tras haber sido informada,de acuerdo con lo establecido en el art.2</p>	<p>art.6.1 Los usuarios del Sistema Público de Salud de La Rioja, mayores de dieciséis años tienen derecho a negar que se les practique cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.A su mismo, él consentirá, si no deberá estar precedido de la información precisa, clara y completa por parte del médico responsable de los mismos</p>	<p>art.7.1 Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada,de acuerdo con lo establecido en el art.2</p>	<p>art.30.El consentimiento inequívoco del usuario mayor de edad constituye un requisito indispensable para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. art.30.2 deberá estar precedido de la información precisa, clara y completa por parte del equipo responsable de los mismos</p>	<p>art.8.Se entiende por CI la conformidad expresada del paciente, manifestada por escrito,previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él,ante una intervención quirúrgica, quirúrgica, diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud</p>	<p>art.12.1 Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado el consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada</p>	<p>art.6.º n.º D.º a no ser objeto como paciente, sin haber otorgado previamente su libre consentimiento por escrito y conformado por el médico responsable del centro, de procedimientos diagnóstico y terapéutico en fase de experimentación, pero debidamente autorizados</p>	<p>art.33 se deberá recabar el consentimiento del paciente, o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles</p>	<p>art.6.1.n.º D.º a que se respete su libre decisión sobre la atención sanitaria que se le dispense</p>				

RESPECTO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art. 13)	Ley Chalana 21/2000 29 Dic (art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. de Mayo art.(6 8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998.de 15 de Junio de Salud de Andalucía y Ley 5/2003 de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princi-Asturias
Forma	Verbal(generalmente)Escrita en intervención quirúrgica,procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general con riesgo o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud -se comparan anejos y otros datos de carac. general	art.6.1Por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasivos cuando riesgo e inconvenientes notorios y en previsible repercusión en la salud- Se adjuntan hojas de carácter general.Dicho doc.debe contener infor.suf.sobre el proc.y sus riesgos	art.3.1 Será verbal por regla general y se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica ,proce. diagnósticos y terapéuticos invasores, y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El facultativo debe informar en cada caso que cuanto más durado sea el resultado, más necesario el consentimiento por escrito	art.24.1 de forma verbal como regla general, aunque deberá redactarse por escrito en los siguientes supuestos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El facultativo debe informar en cada caso que cuanto más durado sea el resultado, más necesario el consentimiento por escrito	12.1 debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y en general cuando se lleven a cabo procedim. que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsible repercusión en la salud del paciente	6.1b El consentimiento no estará sometido a forma.No obstante lo anterior en los supuestos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos o prácticas que impliquen riesgos o inconvenientes previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente -se determine	7.1.2 Debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasores y en general cuando se lleven a cabo procedim. que supongan riesgos o inconvenientes notorios y previsible repercusión en la salud del usuario,el consentimiento deberá formalizarse por escrito en la forma que reglamentariamente se determine	30.3 en los supuestos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o prácticas médicas que impliquen riesgos o inconvenientes notorios y previsible repercusión para la salud del usuario,el consentimiento deberá formalizarse por escrito en la forma que reglamentariamente se determine	8.1 Manifestada por escrito previa la obtención adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para el,ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos susceptibles de repercutir en la salud del paciente	12.2 Ha de manifestarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y ,en general, cuando se lleven a cabo procedim. que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsible repercusión en la salud del paciente	6.ri Dº a no ser objeto como paciente, sin haber otorgado su libre consent. por escrito	art.33.3 Cuando no sea posible recabar el consentimiento, previo por escrito, se recogerá de forma oral ante al menos dos testigos independientes, los cuales lo declararán por escrito y bajo su responsabilidad	art.6.1.f. Será preciso el consent. escrito del paciente		

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Catalana 21/2000 Dic.(art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.3-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previa. Princi-Asturias	
				estará sometida a la regulación vigente en los ensayos clínicos y demás normativa específica aplicableEsta advertencia incluirá información comprensible acerca de los objetivos buscados, sus beneficios, las incomodidades y riesgos posibles alternativos y los derechos y responsabilidades que conlleva, siendo imprescindible para el inicio del procedimiento la autorización por escrito		enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del centro correspondiente ,teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética	Y dirección del centro sanitario que responsable, podrán participar en investigación y experimentación siempre y cuando éstos cumplan con las condiciones que se establezcan en la normativa que les resulte de aplicación 2.- el cº a disponer de aquellas preparaciones de tejidos o muestras biológicas, de extracción se debe proceder a su eliminación como residuo sanitario, que se efectuad, de acuerdo con la normativa vigente. 4.- Los ciudadanos ,sean o no pacientes del										

Dº a ser Advertido 2

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Catalana 21/2000 29 Dic.(art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.3-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias	
Dº a ser Advertido 3	<p>para la continuidad de la asistencia en un centro diferente a) el paciente tendrá dº a estar informado sobre la conservación de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia, extracción o donación debiendo obtenerse autorización para su uso b) Cuando el paciente no autorice el uso de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia o extracción se debe proceder a su eliminación como residuo sanitario,elimina ción que se efectuara de acuerdo a la normativa vigente.</p> <p>Sistema Autonómico de Salud, podrán participar en estudios de investigación y experimentación siempre y cuando éstos cumplan con las condiciones que se establezcan en la normativa que les resulte de aplicación</p> <p>del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del centro.</p>																

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.8-13)	Ley Catalana 21/2000 Dic.(art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica pac. de 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998.de 15 de Junio de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previa. Princi.Asturias
Revocación	Por escrito en cualquier momento	En cualquier momento		art.24.3 en cualquier momento, cumpliendo los mismos requisitos de forma que en su otorgamiento.		art.6.1.c En cualquier momento deberá presentarse por escrito en la forma que se determine	art.7.1.2 Puede ser revocado libremente en cualquier momento	art.30.5 En cualquier momento la persona afectada podrá revocar libremente su consent.	art.8.3 En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consent.	art.12.3 En cualquier momento	art.33.5 en cualquier momento sin necesidad de expresión de causa, debiendo constar dicha revocación por escrito.	art.6.1.ñ libremente revocable.				
Límites CI art 9	Renuncia a la limitación por interés de la salud del propio pac. de 3º de la colectividad, exigencias terapéuticas del caso.Cuando manifieste expresamente su deseo de no respetar su voluntad, haciendo constar su renuncia documental sin perjuicio de obtener el Consent. para la intervención		art.11.1.LL renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del paciente, de terceros, de la colectividad y de las exigencias terapéuticas del caso	art.26.1. El respeto a las decisiones adoptadas por el paciente sobre su propia salud no podrá en ningún caso suponer la adopción de medidas contrarias a las leyes		art.8.1 d Cuando el paciente haya manifestado expresamente su deseo de no ser informado en respeto a su voluntad, sin perjuicio de obtenerse el consent. previo para la intervención, dejando constancia documentada de esta denuncia a la información	art.8.1 d Cuando el paciente haya manifestado expresamente su deseo de no ser informado en respeto a su voluntad, sin perjuicio de obtenerse el consent. previo para la intervención, dejando constancia documentada de esta denuncia a la información	art.12.4 No es necesaria la exigencia del consentimiento en las situaciones siguientes: A) cuando la falta de intervención conlleva un riesgo para la salud pública b) cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir riesgo de muerte o cuando el paciente haya manifestado su deseo de no ser informado			art.29 El respeto a las decisiones adoptadas sobre la propia salud no podrá en ningún caso suponer la adopción de medidas contrarias a las leyes. Se observarán con especial diligencia las previsiones legales que regulan las intervenciones clínicas indispensables en supuestos de riesgo inmediato y grave para la integridad del paciente.					

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art. 13)	Ley Chalana 21/2000 29 Dic.(art 6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6 8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.3-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princi-Asturias
Intervenciones sin el consentimiento del paciente por razones establecidas en la ley.-Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir autorización de familiares o personas vinculadas En estos supuestos cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él	art.11 Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley y cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del paciente y no es posible obtener la autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él	art.26.2a. Cuando existe riesgo grave para la salud pública a causa de razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación reguladora de esta materia. b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él	art.6.2 Excepciones: No será preciso el consentimiento del usuario en los siguientes supuestos: a)cuando el procedimiento diagnóstico o terapéutico sea imprescindible para garantizar la salud pública b) Cuando cualquier intervención médica inmediata pueda ocasionar daños irreversibles o la muerte del usuario	art.8.1a) Cuando existe riesgo para la salud pública, si lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación que le sea de aplicación b)Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento no es posible conseguir la autorización de personas a él vinculadas por	art.13- Cuando la intervención suponga un riesgo para la salud pública, si así lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que establece en la legislación reguladora sobre esta materia, cuando la urgencia no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o fallecimiento y negativa expresa del enfermo a dicho procedimiento	art.33 a. Cuando exista un riesgo para la salud pública b. Cuando exista una situación de riesgo inmediato en la que la demora en la intervención médica pueda ocasionar perjuicios irreversibles O el fallecimiento del paciente.	art.10.Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento las siguientes: a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, según determinen las autoridades sanitarias. En estos supuestos se adoptaran las medidas administrativas de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública b) cuando el paciente no está capacitado para tomar decisiones y no existen familiares,	art.12.4.No es necesaria la exigencia del consentimiento en las siguientes situaciones: A) Cuando la falta de intervención conlleve un riesgo para la salud pública B) cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o fallecimiento de muerte C) cuando el paciente haya manifestado su deseo de no tomar decisiones y no existan familiares,	art.6.1.n Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando no este capacitado para tomar decisiones(decl. VA), sino a sus familiares,regres salteadas autoridades judicial y cuando exista peligro inminente de lesión grave irreversible o fallecimiento que exija actuación urgente(salvo decl. VA)							

RESPECTO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Cataluña 21/2000 29 Dic.(art.6-8)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.3-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias
Excepciones a la exigencia del C.2	3. En los supuestos citados en el apartado anterior se pueden realizar las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud del paciente.	razones familiares o de hecho c) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el dº del paciente deberá ser ejercitado por las personas vinculadas por razones familiares o de hecho	en la intervención médica pueda ocasionar perjuicios irreversibles o el fallecimiento del paciente	personas allegadas o representante legal.º estos últimos se negasen injustificada- mente a prestarlo de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que de la conducta por escrito de estas circunstancias, c)Ante una situación de urgencia que no permita demoras por existir el riesgo de lesiones irreversibles y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento												

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Canaria 21/2000, 29 Dic.(art 6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 7 Julio (art.23-30)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril, modifica parte de 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998, de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Prínc.Asturias
*Cuando el paciente es capaz a criterio del médico responsable o su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de la situación. Si carece de representación legal el C.I. dan las personas vinculadas, familiares o de hecho. *Incapacitado legalmente. *Cuando el paciente no es capaz (físico, ni emocional) comprender el alcance de C.I. de salud Repres. después de 12 años. *Si menor no incapaz o incapacitado,	C. por Sustitución cuando a criterio del médico el enfermo no es competente para tomar decisiones el C. debe obtenerse de los familiares o personas vinculadas. *Incap legal 9/1998 de 15 de Julio y 6/2002 de 15 de Julio. *Personas vinculadas por razones de hecho. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del C.I. corresponderá a ella la preferencia	art.6 Por sustitución cuando el paciente esté circunstancialmente incapacitado para tomar decisiones, por criterio del médico responsable de la asistencia, el derecho corresponde a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él	art.25a. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones de hecho. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del C.I. corresponderá a ella la preferencia	art.14.1 C.por Sustitución- cuando el médico de la asistencia no considere al enfermo en condiciones para tomar decisiones por que se encuentre en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, ella expresará, así con su informe y consentimiento de las personas allegadas a él, quienes designen al paciente en su lugar, a él o a sus familiares. b)Cua haya sido declarado judicialmente incapaz, el consentimiento	art.6.3 al) Cuando el médico o equipo responsable entiendo que el usuario no está en condiciones de entender de manera clara .precisa y completa la información relativa al procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone, expresará, así con su informe y consentimiento de las personas allegadas a él, quienes designen al paciente en su lugar, a él o a sus familiares. b)Cua haya sido declarado judicialmente incapaz, el consentimiento	art.12.2 Consentimiento por Sustitución a) Cuando el enfermo, a criterio del médico responsable de la asistencia, no sea capaz para tomar decisiones porque su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación, ella expresará, así con su informe y consentimiento de las personas allegadas a él, quienes designen al paciente en su lugar, a él o a sus familiares. b)Cua haya sido declarado judicialmente incapaz, el consentimiento	art.31 Consentimiento en régimen de representación : a)- Cuando el médico responsable de la asistencia no está en condiciones de entender de manera clara, precisa y completa la información relativa al procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone, expresará, así con su informe y consentimiento de las personas allegadas a él, quienes designen al paciente en su lugar, a él o a sus familiares. b)Cua haya sido declarado judicialmente incapaz, el consentimiento	Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	art.9 El C.I. por sustitución se otorgará por los siguientes supuestos: 1.Por los familiares o miembros de unión de hecho, y en su defecto por las personas allegadas, cuando el paciente esté circunstancialmente incapacitado para tomar decisiones. En familia, tendrá preferencia el conyuge no separado legalmente, en su defecto, el familiar de grado más próximo y, dentro del mismo grado, el de mayor edad. Si el paciente hubiera designado previamente una persona,	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998, de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Prínc.Asturias	

Consentimiento por Representación.

1

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art. 13)	Ley Chalabana 21/2000 29 Dic.(art 6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril, modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.3-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias
Consent. por Represent. 2	pero con 16 años cumplidos NO cabe represent.Pero si grave riesgo se informa a los padres y su opinión será tenida en cuenta		Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente comprender el alcance de la intervención, en este caso, el consentimiento dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos	b. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente, en cuyo caso el consentimiento deberá otorgarlo su representante legal. c. Cuando el paciente menor no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos		la legislación civil aplicable en caso de los menores, si no se encuentran preparados, ni intelectual ni emocionalmente, para poder comprender el alcance de la intervención sobre su salud. El representante debe darlo el representante legal del menor, si es mayor de doce años. Si menores emancipados y adolescentes mayores de 16 años el menor dará personalmente su C	lo prestará el tutor o representante legal. Este no deberá expresarse por escrito en los supuestos de intervenc. quirúrgicas, precisas, diagnósticos invasivos o prácticas que se deriven un gran peligro para su vida o integridad física o psíquica.	enfermo por analogía relación de afectividad, y en su defecto, a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado a los de mayor edad b) En los casos de incapacidad legal, de personas internadas por trastornos psíquicos y de menores, el consent. debe darlo quien tenga la tutela o curatela.	personas allegadas, b) Cuando el usuario ha sido declarado judicialmente incapaciado, en cuyo caso el consentimiento lo prestará el tutor o representante legal		de la emisión en el nombre del paciente a ella la preferencia. 2.- Cuando el paciente sea menor de edad o incapacitado legalmente, el que corresponde a sus padres o representante deberá acreditar de forma clara e inequívoca en virtud de la sentencia de incapacitación y colación de la tutela legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten a la persona menor o incapacitada por el tutellado.	art.28.3 Cuando se trate de menores no incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consent. por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión				

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Catalana 21/2000 29 Dic.(art 6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2007, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002 de 6 de Mayo art.(68)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias
	Cuando se trate menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consent. por sustitución. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente		Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consent. por sustitución. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente	Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consent. por sustitución. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente			Cuando razones de urgencia impidan obtener la autorización judicial, se deberá comunicar al juez lo actuado en el plazo de veinticuatro horas.	Los menores emancipados y los adolescentes de más de dieciséis años deberán dar personalmente su consentimiento. En el caso de menores, el C. representante después de haber escuchado su opinión en todo caso, si es mayor de doce años 3.- En los supuestos a) y 2, se podrán realizar sin el C. intervenciones urgentes e indispensables para evitar lesiones o peligro serio de muerte de la persona afectada	c) Cuando el menor sea de edad, en cuyo caso el consent.lo prestará su representante además, al igual que en el párrafo "b" con autorización judicial cuando de los procedim. o prácticas se derive un gran peligro para la vida o la integridad física o psíquica del enfermo		Respecto a los menores de edad, el 1º a decidir corresponderá a los padres, tutores o curadores que ostenten la representación legal. La opinión del menor será tomada en consideración en función de su edad y su grado de madurez, de acuerdo con lo que establecen las leyes civiles. Cuando haya discrepancia de criterios entre los representantes legales del menor y la institución sanitaria, la decisión última se someterá a la autoridad judicial	En el caso de menores emancipados el menor deberá dar personalmente su consent.No obstante, cuando se trate de un menor y, a juicio del médico responsable, éste tenga el grado de madurez suficiente para también a él la información adecuada a su edad, formación y capacidad				

Consent. por Represent. 3

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.8-13)	Ley Chalabana 21/2000 29 Dic.(art 6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 5/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998.de 15 de Junio de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias
Interrupción de embarazo y técnicas de ensayos clínicos y de reproducción	Interrupción de embarazo y técnicas de reproducción se rigen por lo establecido con carácter general sobre mayoría de edad y disposiciones de aplicación	En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida, se estará a lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación	La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación	art.25.2. En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos o de práctica de reproducción humana asistida, se estará a lo dispuesto con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad, así como lo establecido en la normativa específica en esas materias	art.14.1 Se estará dispuesto con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad, así como lo establecido en la normativa específica en esas materias	art.9.2 En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de prácticas de reproducción asistida, se actuará según lo establecido con carácter general por la legislación civil, y, si procede, por la normativa específica que le sean de aplicación					art.9.2 En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida, se actuará según lo establecido con carácter general por la legislación civil, y, si procede, por la normativa específica que le sean de aplicación			art.28.4 En casos de interrupción voluntaria del embarazo, ensayos clínicos y práctica de técnicas de reproducción humana asistida se estará conforme a lo establecido con carácter general por la legislación Civil sobre mayoría de edad y emancipación y por la normativa específica que sea de aplicación		

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Chalabana 21/2000 29 Dic.(art 6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril (art.6)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias
Consentimiento por favor del paciente	C, por Repr. siempre a favor del paciente y proporcional a sus necesidades.El paciente participará en la medida de lo posible	Se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada	art.6.3 La represent. del consent. por sustitución será adecuada a las circunstancias y necesidades y proporcional a las necesidades que es preciso atender, siempre a favor del paciente y con respecto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a largo de su proceso sanitario	art.25.4En los supuestos de sustitución de la voluntad del afectado, la intervención médica debe ser la más objetiva y proporcionada posible a favor del paciente y de su dignidad personal, procurándose que el paciente y, en su caso, sus familiares o allegados, participen todo lo posible en la toma de decisiones y quedando reflejado todo ello en la historia clínica	art.27.2 En situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano	art.14.2 y 3 A favor de la salud de la persona afectada en los supuestos de sustitución de la salud del afectado, la decisión debe ser lo más objetiva y proporcional posible a favor del enfermo y de respeto a su dignidad personal. Así mismo se intentará que el enfermo participe todo lo posible en la toma de decisiones.		art.8.4.- En los casos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión e intervención médica debe respetar la dignidad personal del enfermo, estar motivada ser objetiva y proporcionada, quedando reflejado todo ello en la HC.En todo caso se intentará que tanto el enfermo como sus parientes y allegados intervengan cuanto sea posible en la toma de decisiones			art.10.c En los supuestos del art.10, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada			art.31.1, cuando resulte necesario sustituir la decisión del afectado sobre su propia salud, todos los centros, servicios y establecimientos sometidos a la presente Ley deben actuar de la forma más objetiva y proporcional posible a favor del paciente y del respeto a su dignidad personal		

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Cataluña 21/2000 Dic (art 6-8)	Ley Galicia 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.3-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias
Art 10 Condiciones probables en circunstancias normales - contraindic. C-por escrito más dudoso resultado	Circunstancias relevantes - riesgos relacionados a circunstancias personales - riesgos probables en circunstancias normales - contraindic. C-por escrito más dudoso resultado		art.5 En caso de que deba constar por escrito deberá incluir identificación y descripción del procedimiento-Objetivo del mismo- Beneficios que se esperan alcanzar- Alternativas razonables a dicho procedimiento- Consecuencias previsibles de su realización, de la no realización- Riesgos frecuentes, poco personalizados y contraindic.	art.28.La información se comunicará al paciente por el médico responsable de su asistencia o por el que practique la intervención o aplique el procedimiento, antes de recabar su consentimiento. 2. se facilitará normalmente de forma verbal, a excepción de los casos previstos en el apartado 1 del artículo 24 de la presente Ley, en los que la información se comunicará además por escrito							11.1.La información previa al consentimiento deberá ser veraz,comprehen- sible y suficiente 11.3 La información deberá incluir identificación y descripción del procedimiento-objetivo del mismo- Beneficios que se esperan alcanzar- Alternativas razonables a dicho procedimiento- Consecuencias previsibles a su realización- Consecuencias no realización- Riesgos frecuentes- Riesgos poco frecuentes,cuand o sean de especial gravedad y estén			art.17.2.La información, con el fin de ayudar a cada persona a tomar decisiones sobre su propia salud, será veraz, razonable y suficiente, estará referida al diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, y comprenderá la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención		

RESPECTO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.13)	Ley Catalana 21/2000 Dic.(art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Salud de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.Asturias	<p>Se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar con calma y decidirse libre y responsablemente y al menos 24 horas antes del procedimiento quirúrgico, siempre que no se trate de actividades urgentes o que no requieran hospitalización. En ningún caso se le proporcionará cuando esté adormecido ni con sus facultades mentales alteradas, ni cuando se encuentre ya</p> <p>asociados al procedim. por criterios científicos- Riesgos y consecue. en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales</p>
---	------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---

ART 10
Condiciones
 de la I. y C. por
 escrito
 2

RESPECTO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	Ley Estatal 41/2002 (art.8-13)	Ley Catalana 21/2000 29 Dic.(art.6-8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo	Ley Extremadura, 3/2005 de 8 de Julio (art.23-30)	Ley Madrid 12/2001, de 21 de Dic.(art.27)	Ley Aragón 6/2002 de 15 de Abril (art.12-14)	Ley La Rioja 2/2002 de 17 de Abril (art.6)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002 de 6 de Mayo art.(6-8)	Ley Cantabria 7/2002 de 10 de Dic.(art.29-33)	Ley País Vasco 7/2002 de 12 de Dic. Doc de Volunt. Anticipadas	Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 de Enero (art.8-14)	Ley Balear 5/2003 de 4 de Abril (art.12)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias(art.6)	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.28-38)	Ley 2 / 1998,de 15 de Junio, de Andalucía y Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.-Asturias	
Art 10 Condiciones de la I y C por escrito 3	<p>dentro del quirófano o la sala donde se practicará el acto médico o el diagnóstico. En estos casos la Inf. se facilitará a su repres. legal o a personas vinculadas al paciente. Será comprensible, continuada, veraz, razonable y suficiente. Objetiva, específica y adecuada al procedim. evitando los efectos alarmistas que puedan incidir negativamente</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov. (art. 11)	Ley Catalana 21/2000, 29 Dic. (art. 8)	Ley Gallega 3/2005, de 7 Marzo. (art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio. (Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005, 23 Mayo (art.1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art.5)	Ley La Rioja 9/2005, 30 Sep. (Art.1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo. (art. 9)	Ley Cántabra 7/2002, 10 Dic (art. 34)	Ley País Vasco 12 DIC (art.1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003, 28 Enero. (art.17)	Ley Balear 5/2003, de 4 Abril. (art.18)	Ley 1194, de Ordenación de Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005, de 9 de Octubre de VA de Previas. Princ. Asturias. (art. 1-17)	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de 2008
Persona mayor de edad, capaz y libre ,manifiesta anticipadame nte su voluntad para su cumplimiento en el momento que llegue a situaciones que no sea capaz de expresar sobre su salud o tras fallecer sobre el destino de su cuerpo y órganos Se puede designar representante	art.8 Voluntades anticipadas es doc.dirigido al médico responsable; Persona mayor de edad, capaz suficientem. cumplida en el momento en que llegue a situaciones en las que por las circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, y el tratamiento de su salud o, llegado al momento del fallecimiento, sobre el destino de los órganos de su cuerpo o del mismo. Se puede designar representante.	art.15 Una persona manifiesta anticipadamente su voluntad a fin de que esta sea cumplida en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, y el tratamiento de su salud o, llegado al momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En este doc. se puede designar a un representante, uno o más	art.15 Una persona manifiesta anticipadamente su voluntad a fin de que esta sea cumplida en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, y el tratamiento de su salud o, llegado al momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En este doc. se puede designar a un representante, uno o más	art.15 Una persona manifiesta anticipadamente su voluntad a fin de que esta sea cumplida en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, y el tratamiento de su salud o, llegado al momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En este doc. se puede designar a un representante, uno o más	art.15 Una persona manifiesta anticipadamente su voluntad a fin de que esta sea cumplida en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, y el tratamiento de su salud o, llegado al momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En este doc. se puede designar a un representante, uno o más	art.3- Contiene la declaración de voluntad de una persona sobre los tratamiento de su salud, para que ésta se cumpla en el momento en que no sea capaz de expresarla personalmente. Asimismo, podrá contener la declaración de voluntad sobre el destino del prope cuerpo o de los órganos del mismo. Una vez producido el fallecimiento. El documento de IP supone la culminación de un proceso de planificación, una vez que el organo se ha informado	El doc. De anticipadas es aquél dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad o un menor al que se le reconoce capacidad conforme a al Ley Foral. La Ley Foral de los donos expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en una situación en la que no le permitan expresar personalmente su voluntad.	art.34 La expresión de la voluntad con carácter previo. El usuario del sistema Autonómico de Salud , mayor de edad y con capacidad de plena obrar, tiene el al respecto absoluto de su voluntad expresada con carácter previo, para aquellos casos en que las circunstancias del momento le impidan expresarla de manera personal, actual y consciente	art.2 2.1 Expresión anticipada de voluntades. Cual quier persona mayor de edad que no haya sido judicialmente incapacitada para alby y acue libremente tiene la facultad de expresar sus voluntades ad personales ad como las instrucciones sobre su tratamiento, que el médico o el equipo sanitario que le atiendan respetarán cuando se encuentre en una situación en la que no le sea posible expresar su voluntad. 2.2. La expresión de los objetivos de los órganos de sus	art.17.1 El doc. mediante el que una persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad legal suficiente y libremente, manifiesta las instrucciones que sobre las actuaciones médicas se deben tomar cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este doc. se puede también designar representante que es el donante de sus	art.18 Las personas mayores de edad con capacidad suficiente tienen el deber de expresar las instrucciones que se han de tomar en cuenta por el médico o el equipo sanitario cuando se encuentre en una situación en la que no les permita expresar personalmente su voluntad. 18.2 En este doc., la persona puede también designar representante que es el	art.30.1 El respeto a las decisiones sobre la propia salud será igualmente exigible en los casos en que las mismas hubieran sido adoptadas previamente, mediante instrucciones dejadas en previsión de una situación de imposibilidad de expresar tales decisiones de forma personal.	art.2 Manifiesta escrita hecha para ser incorporada al Registro que esta Ley crea por una persona capaz que libremente expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias personales mayor de edad, capaz puede expresar personalmente su voluntad anticipadame nte su voluntad,	art.2 De conformidad con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentaci ón clínica, por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadame nte su voluntad,	

**ART.11
INSTRUCIONES
PREVIAS
1**

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 ,12 Dic (art11- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194, de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de 2003 Previas. Princ.Assturias(art.1-17)
				art6 4 se podrá manifestar anticipadame nte la voluntad de no ser informados en los supuestos de diagnostico fatal art 6.5 se puede manifestar la voluntad de estar acompañado en la intimidad en los momentos cercanos al exitus	válido y necesario con el médico o el equipo sanitario,para que le sustituya en el caso de no poder expresar su voluntad	reflexionado y comunicado sus preferencias de cuidados y tratamientos, sobre todo los relativos al final de su vida, a su representante y a sus seres queridos.El documento válidamente emitido es un instrumento que podrá utilizarse en la toma de decisiones clínicas	su voluntad,por medio del consent. informado, y que deben ser tenidos en cuenta por el médico responsable y por el equipo médico que le asista en tal situación.Se pueden incorporar manifestaciones sobre situaciones críticas para no prolongar la vida artificialment e por medio de tecnologías o tratamientos desproporcio nados		vitales y valores personales tiene como fin ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas llegado el momento	órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación. En este caso, no se requerirá autorización para la extracción o la utilización de los órganos donados	interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario responsable, para que le sustituya			con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstán- cias no sea capaz de expresarla personalmen- te, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.	

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17,22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art.1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 .12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194, de Ordenación de Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005, de 9 de Octubre de VA, de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instituc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)	
ART.11 INSTRUC. PREVIAS 3																
<p>art.10 Se puede designar uno o varios representantes . Se pueden designar en el mismo doc. o en otro independiente, cumpliendo los mismos requisitos del art.5.se requiere mayoría de edad y plena capacidad de obrar.No podrán actuar como tales ni el funcionario del registro de IP ni los testigos y profesionales de la institución sanitaria donde tengan que aplicarse la IP</p>																
<p>art.5d.Podrá designarse uno o varios representantes , con facultades para tomar decisiones en lugar del otorgante, actuar de interlocutor con el médico o equipo sanitario e interpretar el documento ,todo ello dentro de los límites del propio documento.El repres. actuará contribuyendo a los mejores intereses del otorgante.De haber varios representantes , se deberá indicar</p>																
<p>Se puede designar a un representante para cuando no pueda expresar su voluntad por si misma</p>																
<p>art.2.3 Asimismo podrá designar uno o varios representantes para las intervenciones válidas del médico o del equipo sanitario y facultades para interpretar sus valores e instrucciones a) cualquier persona mayor de edad y que no haya sido incapacitada legalmente puede ser representante, con la salvedad de las siguientes personas:El funcionario o empleado público, encargado del</p>																
<p>art.3. 2 se puede designar representante</p>																
<p>En el documento de instrucciones previas se podrá designar un representante deberá constar en el escrito su nombre, dos apellidos, número del documento nacional de identidad o pasaporte, dirección y número de teléfono</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo.(art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril.(art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art 9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art. 34)	Ley País Vasco 7/2002 -12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero.(art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril.(art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>si actuarán de forma sucesiva o simultánea y en este último caso si mancomunada o solidariamente</p> <p>Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, Los testigos ante los que se formalice el documento.El personal sanitario que debe aplicar las VA.El personal de las instrucciones que financien la atención sanitaria de la persona otorgante</p> <p>en documento posterior siempre que se inscriba en el Registro</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y Leon 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005 de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>b) El nombramiento de representante que haya estado conyugal o pareja de hecho de la persona otorgante se extingue a partir, bien de la interposición de la demanda de nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 3/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>conste expresamente en la resolución judicial dictada al efecto.En el supuesto de extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre, será necesaria la manifestación expresa en un nuevo documento</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000, 14 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/3 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2002 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero.(art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 5/2003 9 de Octubre de VA de Andalucía (art.30)	Ley 5/2005 de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instit. Previas Princ.Asturias(art.1-17)
Cada servicio de salud regulará el procedim. adecuado para garantizar las IP que constaran siempre por escrito	Se formalizará ante notario 3 testigos mayores de edad y con capac. de obrar de los cuales dos como min.,no deben tener relac. de parentesco ni vinculados por relac. patrimonial con el otorgante y se debe entregar el doc al centro sanitario donde es atendido	Ley 3/2005 art 17.3 debe formalizarse por escrito y mediante alguno de los siguientes procedimientos: a) Ante notario b) Ante tres testigos mayores de edad y con capacidad de obrar de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta	art.5 Deberán constar siempre por escrito, figurado la identificación del autor, su firma, fecha y lugar de nacimiento. Podrán otorgarse ante notario, sin necesidad de la presencia de testigos, ante el personal al Servicio de la Admon., o ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado, ni estar vinculados	art.6 Deberá constar por escrito, lugar y fecha donde se otorga, identificación de su autor y firma. Podrá otorgarse, ante notario, ante tres testigos debidamente identificados, que hayan cumplido dieciocho años y no se encuentren incapacitados legales, o por mínimo dos de los testigos no podrán tener relación de parentesco con el otorgante hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni estar vinculados al mismo por matrimonio	art.34.2 Deberá otorgarse por escrito, formalizándose por alguno de los siguientes procedimientos: - ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos. -Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos como mínimo no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni estar vinculados matrimonial ni pareja	art.3.2 El documento se formalizará por escrito y por mediante uno de los siguientes procedimientos: - elección de la persona que lo otorga: a) Ante notario b) Ante el funcionario o empleado encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas c) Ante tres testigos. 3.3 Los testigos serán personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja	art.16.3 La declaración de VA se ha de plantear en las formas siguientes: a) Ante tres testigos, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, dos de los cuales, como mínimo no han de tener relación de parentesco hasta el segundo grado, ni estar vinculados por relación patrimonial con el declarante b) Mediante testimonio público, en el que no será necesaria la presencia de testigos	En el art.7.2 Contenido del modelo normalizado de IP de nombre, sexo, domicilio, nacionalidad y texto de IP y en la solicitud se junta si el doc. se formaliza ante notario, la copia autorizada del mismo y si ha sido ante testigos, fotocopia compulsada del sus DNI de obrar							

ART.11
INSTRUC.
PREVIAS
7

<p>ART.11 INSTRUCCIONES PREVIAS</p>	<p>Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)</p>	<p>Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)</p>	<p>Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)</p>	<p>Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)</p>	<p>Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)</p>	<p>Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)</p>	<p>Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)</p>	<p>Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)</p>	<p>Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)</p>	<p>Ley País Vasco 7/2002 12 Dic (art1- 7)</p>	<p>Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)</p>	<p>Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)</p>	<p>Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias</p>	<p>Ley Castilla y León 3/2003 de de 8 de Abril (art.30)</p>	<p>Ley 5/2003 de 9 de Octubre de VA de Andalucía</p>	<p>Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)</p>
				<p>o análoga relación de afectividad ni mantener relación patrimonial y personal al Servicio de la Admon General de la Comunidad Autónoma de La Rioja o de su Organismos Autónomos</p>		<p>de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna</p>		<p>agido, anterior a estos efectos, la declaración de VA deberá formalizarse mediante alguno de los procedimientos siguientes: a) no supuesto no será necesaria la presencia de testigos, -ante tres testigos mayores de edad, o de la plena capacidad de otorgar, -de los cuales dos como mínimo, no tendrán relación de parentesco hasta el segundo grado en vinculación patrimonial con el otorgante -o cualesquier otro procedimiento que se establezca legítimamente</p>		<p>de los cuales dos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial u otro vínculo obligacional con el otorgante</p>						

<p>ART.II INSTRUC. PREVIAS 10</p>	<p>Podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito</p>		<p>art.5.5 Podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito</p>	<p>art.19.1. El documento de expresión anticipada de voluntades puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que concurren los mismos requisitos exigidos para el otorgamiento expresados en el artículo anterior. Se tendrá en cuenta el último doc. otorgado quedando los anteriores revocados automáticamente</p>	<p>art.7.1. El documento de instrucciones previas podrá ser modificado, sustituido o revocado en cualquier momento por el otorgante, dejando constancia por escrito, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de esta Ley y mediante los procedimientos previstos en el artículo 5.2 de la misma</p>	<p>art.9.1. El documento de voluntades anticipadas podrá ser objeto de ampliación, modificación, sustitución o revocación, en cualquier momento, conforme a los requisitos previstos en los artículos cuarto y sexto de la presente Ley</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>art.4.1 El doc. de VA puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el art.2.1 (cualquier persona mayor de edad...) de esta Ley y actúe libremente. 4.2 La modificación, sustitución o revocación se realizará en un escrito en el que se indique el art.3.2 (ante notario...)</p>	<p>Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas (Princ. Asturias) art.1-17)</p>	<p>Ley 5/2005 de 9 de Octubre de VA de Andalucía</p>	<p>Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.30)</p>	<p>Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias</p>	<p>Ley Baleár 5/2003 de 4 Abril (art.18)</p>	<p>Ley Comunidad Valenciana 1/2003 de 28 Enero (art.17)</p>	<p>Ley País Vasco 7/2002 de 12 Dic (art.1-7)</p>	<p>Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)</p>	<p>Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica par. 11/2002, 6 Mayo (art.9)</p>	<p>Ley La Rioja 9/2005, 30 Sep. (Art.1-11)</p>	<p>Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art.5)</p>	<p>Ley Madrid 3/2005, 23 Mayo (art.1-12)</p>	<p>Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio (Art.17-22)</p>	<p>Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo (art.5)</p>	<p>Ley Catalana 21/2000, 29 Dic. (art.8)</p>	<p>Ley Estatal 41/2002, 14 Nov. (art.11)</p>
--	---	--	---	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

<p>ART.11 INSTRUCIONES PREVIAS 11</p>	<p>Se creará en el IP de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de IP</p>		<p>Art.5.6 Se creará un Registro Autonómico de IP, adscrito a la Consejería de Sanidad, que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen</p>	<p>art.22 Se crea el Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que se registrará por las normas que reglamentariamente se establezcan, entrando en funcionamiento cuando éstas determinen.</p>	<p>art.12.1. Se crea el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, bajo la modalidad de inscripción declarativa, que quedará adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, para la custodia, conservación y accesibilidad de los documentos de instrucciones previas emitidos en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, donde las personas interesadas podrán inscribir, si es su deseo,</p>	<p>art.15.6 Se crea el Registro de VA, dependiente del Servicio de Aragón de Salud. Reglamentariamente se regulará su organización y funcionamiento, así como el acceso a los documentos contenidos en el mismo, al que únicamente tendrán acceso las personas interesadas y el centro sanitario donde el paciente sea atendido</p>	<p>art.10.1. Se creará un Registro de Instrucciones Previas de La Rioja, adscrito a la Consejería competente en materia de salud, en el que se podrán inscribir los documentos de instrucciones previas que se otorguen en la Comunidad Autónoma de La Rioja así como las notificaciones que se produzcan en los mismos.</p> <p>2. La inscripción se realizará a solicitud del otorgante, y tendrá carácter declarativo. La inscripción en el Registro asegura la eficacia del doc.</p>	<p>art.15.6 Se creará un Registro de Instrucciones Previas de La Rioja, adscrito a la Consejería competente en materia de salud, en el que se podrán inscribir los documentos de instrucciones previas que se otorguen en la Comunidad Autónoma de La Rioja así como las notificaciones que se produzcan en los mismos.</p> <p>2. La inscripción se realizará a solicitud del otorgante, y tendrá carácter declarativo. La inscripción en el Registro asegura la eficacia del doc.</p>	<p>art.10.1. Se creará un Registro de Instrucciones Previas de La Rioja, adscrito a la Consejería competente en materia de salud, en el que se podrán inscribir los documentos de instrucciones previas que se otorguen en la Comunidad Autónoma de La Rioja así como las notificaciones que se produzcan en los mismos.</p> <p>2. La inscripción se realizará a solicitud del otorgante, y tendrá carácter declarativo. La inscripción en el Registro asegura la eficacia del doc.</p>	<p>art.17.7 La Consejería de Sanidad creará un registro centralizado de VA que desarrollará reglamentariamente</p>	<p>art.18.7 Por parte de la administración sanitaria se creará y se constituirá un registro oficial, en el que se incorporarán todas las ciudades con cuidado de preservar la intimidad de las personas y la confidencialidad de los datos incorporados</p>	<p>art.17.7 La Consejería de Sanidad creará un registro centralizado de VA que desarrollará reglamentariamente</p>	<p>art.18.7 Por parte de la administración sanitaria se creará y se constituirá un registro oficial, en el que se incorporarán todas las ciudades con cuidado de preservar la intimidad de las personas y la confidencialidad de los datos incorporados</p>	<p>Ley 1194, de Ordenación Sanitaria de Canarias</p>	<p>Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.30)</p>	<p>Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA de Andalucía</p>	<p>Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art 1-17)</p>
---	---	--	---	--	---	---	---	--	---	--	---	--	---	--	--	---	--

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 -12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2003 de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>3. Los datos que constan en el Registro tendrán el tratamiento que la Ley concede a los datos de carácter reservado.4. Con la finalidad de que los documentos inscritos puedan surtir los efectos oportunos ante los distintos centros, servicios o establecimientos sanitarios, públicos o privados,</p> <p>el otorgamiento, la modificación, la sustitución y la revocación de las mismas. Asimismo, se establecerán sistemas de información que garanticen el procedim. de formalización del documento de instrucciones previas y que favorezcan y faciliten su realización</p> <p>los términos previstos tanto en la normativa sanitaria relativa a la protección de los datos de carácter personal. b)Interconex. Registros de VA o de IP y con otros cuya finalidad sea prestar asistencia sanitaria o permitir el acceso a la misma</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 .12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194, de Ordenación de Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005, de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)
				En el citado Registro se inscribirán los correspon- dientes documentos, a solicitud de la persona otorgante. A tal efecto, se creará un archivo automatizado que estará sometido a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y a la Ley 8/2001, de 13 de Julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid	el Registro de Instrucciones Previas de La Rioja podrá ceder sus datos a las diferentes administracio nes santianas autonómicas, a la Admon. Central y a otros centros sanitarios. La cesión de datos que se haga, de conformidad con lo previsto en este apartado, no requerirá el consentim. de los afectados	art.6.3 La interconexión previa en el apartado anterior está destinada exclusiva- mente al cumplimiento de las VA de las personas otorgantes,y no precisara del consentim.de éstas para la comunicación de los datos									

<p>Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)</p>	<p>Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)</p>	<p>Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)</p>	<p>Ley Extremadura/3 2005, 8 Julio.(Art.17-22)</p>	<p>Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art.1-12)</p>	<p>Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art.5)</p>	<p>Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art.1-11)</p>	<p>Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)</p>	<p>Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)</p>	<p>Ley País Vasco 7/2002 .12 Dic (art.1- 7)</p>	<p>Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.1-7)</p>	<p>Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)</p>	<p>Ley 11/94 de Ordenación Sanitaria de Canarias</p>	<p>Ley Castilla y León 8/2003 de 9 de Octubre de VA de Andalucia (art.30)</p>	<p>Ley 5/2005 de 9 de Octubre de VA de Andalucia</p>	<p>Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instituc. Previas Princ.Asturias(art.1-17)</p>
<p>art.12. A recibir infor.sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles,s u calidad y los requisitos de acceso a ellos. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía en la que se especificquen los qº y deberes de los usuarios cada servicio regulará el sistema para garantizar este art.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	<p>art.6.e Dº a la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva-los derechos y deberes de los usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud, su calidad y los requisitos de acceso y uso de los mismos.</p>	

Dº Infor.
SNSalud

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17,22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo.(art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril.(art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 ,12 Dic (art11- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero.(art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril.(art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005, de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)
asistencia prestada en todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios.A fin de facilitar el registro en el autor, todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público y de la Sanidad Extremadura deberán disponer de una guía de información al usuario en la que se especifican sus derechos y deberes, los servicios, prestaciones, disponibles, requisitos de acceso a las			Además debe ser informado de las vías para obtener información complementaria 3.Conocer las prestaciones del sistema de aseguramiento, sea público o privado, las condiciones en que la atención es prestada, así como las cláusulas limitadoras y los mecanismos de resolución de conflictos e identificar de forma clara y visible a los profesionales que le prestan la atención sanitaria 5.- Conocer y utilizar los procedimientos			b)El funcionamiento general del centro y sus servicios, las prestaciones y la calidad de los servicios, así como las vías para obtener la información complementaria c)La identidad de los profesionales bajo cuya responsabilidad se presta la atención sanitaria. d)Los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones, así como los contenidos por el centro en los plazos y términos			4.2.La autoridad sanitaria velará por el dº de los ciudadanos a recibir información sanitaria clara, veraz, re levante, fiable, actualizada, de calidad y basada en evidencia científica, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud						

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17,52)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art.1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 ,12 Dic (art11- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194 de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y Leon 3/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005 de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>para presentar sugerencias y reclamaciones. Estas deberán ser contestadas por el centro en un límite de tiempo de acuerdo con los términos que se establezcan reglamentariamente 6. Participar en las actividades sanitarias mediante las instituciones y órganos de participación comunitaria y organizacionales sociales, en los términos establecidos por la presente Ley</p> <p>mismas, las caract. asistenciales, las dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos, así como los procedim. de reclamaciones y sugerencias</p> <p>reglamentariamente establecidos</p>																
<p>Dº Infor. SNSalud</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dis.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art15)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 ,12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194 de Ordenación de Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2003, de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>7 Utilizar las tecnologías de la información y de la comunicación de acuerdo con el nivel de implantación y desarrollo de estas tecnologías en el País Vasco, País de Salud, de la Rioja de manera que el consumo de tiempo requerido por el usuario en accesos, trámites y recepción de información sea el mínimo posible y con las debidas garantías de confidencialidad y seguridad que prevea la legislación vigente</p>																
<p>Dº Infor. SNSalud</p>																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/3 2005, 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005,23 Mayo (art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril (art5)	Ley La Rioja 9/2005,30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art.9)	Ley Cantabria 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 ,12 Dic (art1- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003,28 Enero (art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril (art.18)	Ley 1194, de Ordenación Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León, 3/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2005, de 9 de Octubre de VA, de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instituc. Previas, Princ.Asturias(art.1-17)	
art.13 Usuarios y pacientes qº a la informac. previa para elegir médico y centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes			Asimismo, los centros, los servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Público y de la Sanidad proporcionarán información a los usuarios relativa a la libertad de elección de médico, centro y servicio, tanto en la atención primaria como en la atención especializada, así como sobre el derecho a obtener una segunda opinión médica, en las condiciones previstas en la normativa específica que en cada caso resulte de aplicación.	Ley 12/2001 art.27.9.Los ciudadanos tienen qº a la libre elección de médico y centro y sanitario, así como a una segunda opinión, en los términos que reglamentaria mente se determinen	art.4.1. Dº a la libre elección del profesional sanitario titulado, servicio y centro, en la forma que reglamentaria mente se establezca	Art.12. El ciudadano tiene derecho a escoger profesional, servicio y centro sanitario.		28.4 Para ejercer adecuadamente el of. de libre usuario, el Sistema Sanitario Público de Cantabria deberá estar suficientemente informado y contar con el asesoramiento del médico de atención primaria, a quien corresponde establecer la indicación de un especialista o servicio de atención especializada, valorando las preferencias del paciente.		art.16.Los pacientes de la Comunidad Valenciana tienen qº ,dentro del sistema sanitario público, a una segunda opinión, cuando las circunstanc. de su enfermedad le exijan tomar una decisión difícil. Este dº a la segunda opinión será ejercido de acuerdo a lo que se establezca normativame nente.	Art. 19.a los usuarios tienen derecho a la libre elección de médico ,servicio y centro. en el art 8 se reconoce el derecho a la segunda opinión	art.6.k.Dº a elegir el médico de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo, y reconoce el derecho art.6.k Dº a elegir a una segunda opinión	art.24.3.3. Recibir la información previa correspondiente para elegir profesional sanitario y términos y condiciones que reglamentaria mente se establezcan.	art.6.1.1.Dº a la libre elección de médico, otros profesionales sanitarios, servicio y centro sanitario, en los términos que reglamentaria mente estén establecidos.		
Dº Inf. méd y centro																

Ley Estatal 41/2002, 14 Nov.(art.11)	Ley Catalana 21/2000,29 Dic.(art.8)	Ley Gallega 3/2005 de 7 Marzo.(art.5)	Ley Extremadura/ 2005. 8 Julio.(Art.17-22)	Ley Madrid 3/2005.23 Mayo.(art1-12)	Ley Aragón 6/2002, 15 de Abril.(art15)	Ley La Rioja 9/2005.30 Sep. (Art 1-11)	Ley Foral Navarra 29/2003 de 4 de abril modifica parc. 11/2002, 6 Mayo.(art 9)	Ley Cántabra 7/2002, 10 Dic (art.34)	Ley País Vasco 7/2002 .12 Dic (art11- 7)	Ley Comunidad Valenciana 1/2003.28 Enero.(art.17)	Ley Balear 5/2003 de 4 Abril.(art.18)	Ley 1194 de Ordenación de Sanitaria de Canarias	Ley Castilla y León. 8/2003 de 8 de Abril (art.30)	Ley 5/2003 de 9 de Octubre de VA de Andalucía	Decreto 4/2008 de 23 de Enero de Instruc. Previas. Princ.Asturias(art.1-17)	
<p>las recomendaciones terapéuticas de gran trascendencia, en los términos que reglamentariamente se determine</p>																
Dº Inf. méd y centro																

V. DISCUSIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A ESPAÑA.

V.1. DERECHO A LA INFORMACIÓN

Respecto al Derecho a la Información, hay diferentes parcelas a las que esta puede y debe referirse. Por eso, distinguimos:

- Información Clínica o Asistencial: Versa sobre datos de la salud de una persona, resultados propios de la exploración médica y de pruebas complementarias, igualmente, esta información recoge la evolución del paciente en el día a día de tratamiento.
- Información Epidemiológica: Datos de Salud referidos a población en general.
- Información Terapéutica: Aportaría los datos y precisiones sobre el tratamiento que se prescribe y afecta a los fármacos en cuanto a posología, dosis y también a otras medidas relativas a dieta, hábitos, reposo... Las características de este tipo de información hace aconsejable que el paciente consienta en compartirla con las personas próximas, ya que su cumplimiento puede depender de ellas.

V.1.1. INFORMACION ASISTENCIAL.

V.1.1.1. Aspectos generales

V.1.1.1.1. Motivo

El motivo u ocasión que llevarían a proporcionar información asistencial están recogidos en las normas que comentamos como sigue.

La Ley 41/2002 utiliza el término "*con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud*". El término utilizado es sinónimo de acto médico, entendido como el conjunto de acciones producto de la aplicación del conocimiento y del método científico, para la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Es decir, que cualquier actuación médica sobre un paciente debe ir precedida de la información al paciente adecuada al caso concreto.

La Ley catalana utiliza el término "*cualquier intervención asistencial*". Consideramos ésta expresión menos precisa, ya que en la terminología médica, intervención, se asocia con actos médicos más invasivos, e incluso de tipo quirúrgico, por ello nos parece más adecuado el término "*actuación*" que el de "*intervención*".

La Ley navarra, por su parte refiere la información a "cualquier actuación en el ámbito de los servicios sanitarios", lo que nos lleva al concepto de acto médico (actuación) y al lugar geográfico de "ámbito de servicios sanitarios" que incluiría cualquier prestación hospitalaria, ambulatoria, de traslado, etc.

En la Ley gallega no se menciona el motivo u ocasión que requerirá transmisión de información. La norma extremeña que hace mención a este apartado es la Ley 3/2005 en la que encontramos la misma expresión que en la ley estatal.

En la normativa de la Comunidad de Madrid se recoge literalmente: "en relación con su propia salud", expresión más imprecisa, por amplia, que la de la ley estatal y, por supuesto que la de la ley catalana.

Las Leyes de Aragón y La Rioja recogen "el proceso asistencial o tras el alta del mismo" y "su salud y proceso asistencial". El término proceso se refiere a episodio patológico de cierta duración que requiere seguimiento médico continuado y generalmente en situación de internamiento. Por lo que se hace referencia más a una etapa cronológica y a la situación de estar en tratamiento hospitalario que a las actuaciones concretas que ese proceso conllevará en el día a día asistencial. Entendemos que la expresión "actuación" es más adecuada ya que incluye la información asistencial como deber legal, con un concepto cronológico, al referirse a cada actuación y durante el tiempo que se estén dispensando estas actuaciones. En el caso de Aragón, extiende este deber como una continuidad aunque el paciente no esté ingresado. Por todo ello, consideramos más apropiadas las referencias a actuación y a intervención que a proceso. Por su parte La Rioja nos merece la misma crítica, pero además indica que la información se referirá a su salud y al proceso asistencial, cuando el proceso es en sí mismo las actuaciones en la salud del paciente. El informar del proceso podría derivar en una información extensa y continuada en el caso de un proceso largo, que no revistiera gravedad y, sin embargo una flexibilidad descuidada en el derecho a ser informado, en el caso de una intervención asistencial, aislada pero que pudiera ser importante.

La Ley canaria y andaluza también alude al proceso, pero en la primera se completa al incluir el diagnóstico pronóstico y alternativas de tratamiento.

La Ley valenciana utiliza la expresión "sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial". Vuelve a hacer referencia al término de salud y al del proceso, como sucedía en la Rioja, lo cual, como hemos indicado nos parece menos preciso.

CONCLUSIÓN 1: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley extremeña y Ley navarra.
2. Ley catalana.
3. Ley madrileña.
4. Ley canaria, Ley aragonesa, y Ley andaluza.
5. Ley riojana y Ley valenciana.

V.1.1.1.2. Cantidad de información

Respecto a la Cantidad de Información a suministrar, la ley estatal y la ley extremeña señalan "Toda la Información disponible", aunque en el primer caso se hace referencia a las excepciones que la propia ley recoge. Las Leyes catalana, aragonesa, riojana, navarra y valenciana utilizan la expresión "la Información obtenida". Consideramos que la información obtenida es mucho más amplia, ya que podemos encontrarnos ante situaciones donde la información se haya obtenido pero no está disponible, como sería el caso de pruebas pendientes de informar, de procesar o de entregar, o incluso las restricciones legales. La ley estatal simplifica la labor del médico ya que la información disponible carecería de problemas de accesibilidad, al contrario que la obtenida que obligaría a recabar todos los resultados existentes en el momento de informar.

La Ley gallega no hace referencia expresa.

La Ley balear, canaria y andaluza se refiere a una información "completa y continuada" lo que introduce un juicio médico-legal ¿Qué es una información completa? Este es un concepto de cualidad, que parece exigir la obtención de toda la información posible como sinónimo de completa.

Respecto al término continuada, no ofrece dudas ya que es algo que va parejo a la relación médico-paciente, mientras haya actuaciones en el ámbito de la salud o de la asistencia tendrá que haber información, lo que le da el carácter de continuada.

La Ley castellano- leonesa señala "continuada, razonable y suficiente". A nuestro juicio hay una desprotección aparejada a "razonable" y "suficiente", ya que depende de la opinión subjetiva de la persona encargada de proporcionar la información, hecho que no garantizaría al paciente recibir la mayor cantidad posible de información.

Se comprende bien el término continuada, como continuada es la relación médico-paciente que se mantiene a lo largo del tiempo, aunque los encuentros sean esporádicos; la continuidad de la información tendría que ir paralela a estos encuentros y, en el caso de hospitalización, mantener ya el contacto de forma permanente mientras dure el episodio asistencial. En cuanto el término suficiente, guarda relación con el hecho de que esta sea la que el paciente necesita para poder elegir. El término razonable es menos concreto ya que no todas las personas pueden tener la misma idea o el mismo criterio respecto a lo que es acorde a la razón, lo que se queda corto o lo que es excesivo. Sin embargo, el concepto de razonable es muy anglosajón y se utilizó en los años 70 para referirse al criterio de "médico razonable", entendiéndose que el médico desde su experiencia y conociendo la situación específica y personal del paciente, en todos los órdenes, sabría cual debía ser la información a transmitir, como hacerlo y cuando hacerlo. Ahora bien, somos conscientes de que esto nos remite a una actitud de beneficencia.⁹⁴

La Ley de la Comunidad de Madrid hace extensivo el derecho a la información "escrita en la H^a. Clínica, los resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos y cualquier documento que contenga datos sanitarios". En realidad matiza extensamente el sentido de acceso a la información. Denota un gran empeño en no fomentar la duda de poder proporcionar cualquier petición del usuario y se remite a la información en tiempo pasado y reflejada por escrito.

La Ley cántabra refleja "el derecho a disponer de la información escrita sobre su proceso asistencial y estado de salud". También aquí se restringe la referencia a lo que esté escrito en la H^a Clínica, pero esto puede empobrecer la transmisión de información verbal en actuaciones ambulatorias u hospitalarias, ya que en la H^a Clínica, suelen resumirse algunos aspectos asistenciales. Esto tiene además una proyección temporal limitando la información a lo que ya es cierto y está escrito, escapándose aspectos, pronósticos o perspectivas de futuro.

La Ley 41/2002 en su Art.18.3 es la única que recoge la excepción del derecho del paciente a acceder a datos, al expresar textualmente: "el derecho del paciente a la documentación de la HC no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que consten en ella, recogidos en interés terapéutico del paciente, 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."

Estas valoraciones o interpretaciones subjetivas o personales se considera que también afectan a datos aportados por personas ajenas al paciente, que pueden añadir también datos objetivos pero tienen un matiz de apreciación subjetiva. Son datos recogidos objetivamente pero provistos de subjetividad. Respecto a las anotaciones subjetivas del médico suelen ser interpretaciones aunque, incluso no estén constatadas, pero que anota para recordarlas y tenerlas en cuenta en el futuro.

CONCLUSIÓN 2: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley catalana, Ley aragonesa, Ley de la Rioja, Ley navarra y Ley valenciana.
2. Ley estatal y Ley extremeña.
3. Ley balear, Ley canaria y Ley andaluza.
4. Ley madrileña y Ley cántabra.
5. Y por último la Ley castellano - leonesa.

V.1.1.1.3. Renuncia a la información

Respecto a la Renuncia a la información, excepto en la Ley gallega, canaria y andaluza y, la Ley vasca y asturiana, (por su exclusividad en materia de voluntades anticipadas (VA) e instrucciones previas (IP), respectivamente) que no lo recogen, hay unanimidad en el resto de leyes, al recoger el respeto a la voluntad de no ser informado. De todas las normativas, la Ley Foral navarra especifica y enfatiza en el término "voluntad explícita", al referirse al hecho de que la persona lo haya hecho manifiesto, lo que transforma en exigencia el hecho dispositivo.

La renuncia a la información lleva aparejados una serie de inconvenientes claros para el propio paciente y para las personas de su entorno. Si se desconoce la enfermedad que se padece, difícilmente se comprenderán y cumplimentarán las medidas preventivas para si mismo y los demás, igual que las medidas terapéuticas, casi siempre molestas e inoportunas para el paciente. Sobre el médico recae la obligación de sopesar hasta que punto la ignorancia "complaciente" del paciente aumenta el riesgo para el mismo y para los demás, y como consecuencia de este balance podrá decidir la necesidad de imponer la información, al menos la necesaria para anular ese riesgo. Esta es una de las situaciones de más calado legal y ético en la relación asistencial.

CONCLUSIÓN 3: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley navarra.
2. Y en un segundo bloque Ley estatal, Ley catalana, Ley extremeña, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley riojana, Ley cántabra, Ley valenciana, Ley balear y Ley castellano-leonesa.

V.1.1.1.4. Modo de la información

En el Modo de la Información la exigencia más generalizada es la forma verbal, como figura en la Ley extremeña (en la ley de 2001, también había exigencia escrita), en la estatal, en las de Aragón, Navarra y Castilla-León. La Ley balear junto a la andaluza, recogen la forma escrita.

La ley gallega no recoge que se deba proporcionar de forma verbal pero lo reconoce con la expresión: "en caso de que deba constar por escrito", lo que se interpreta como excepción a la forma verbal.

CONCLUSIÓN 4: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley balear y Ley andaluza.
2. Ley estatal, Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley navarra y Ley castellano-leonesa.
3. Ley gallega.

V.1.1.1.5. Constancia en la historia clínica

En la Leyes motivo de este estudio, la constancia de la información en la HC solo se recoge en la Ley estatal, en la gallega, extremeña, aragonesa, riojana, (que matiza al señalar que la información que se recoja en la HC sea veraz y actualizada), navarra, balear y castellano-leonesa.

La H^a C como conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, constituye el nexo de unión, de los intereses del médico y del paciente. Avala la aplicación de tratamientos correctos para el segundo, con un respaldo garantizado de su "memoria histórica de salud" y, preserva la actuación del facultativo en el ejercicio de sus funciones. La información, como antecedente a cualquier acto, debe figurar en la H^a Clínica para justificarlo. Sería una concatenación lógica, para una elaboración histórica correcta, en aras de la mejor asistencia posible, sin olvidar que constituiría una protección y un acto defensivo, para el facultativo, frente a posibles reclamaciones.

CONCLUSIÓN 5: En nuestra opinión, pues, la referencia a la constancia que debe quedar en la historia clínica sobre el cumplimiento de la información al paciente está adecuadamente recogida en todas las normas autonómicas mencionadas anteriormente, que recogen este punto.

V.1.1.1.6. Contenido de la información

Respecto a cuales deben ser los contenidos de la información, La Ley 41/2002, señala unos mínimos como: la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias, de la actuación, igual hace la ley navarra.

La ley gallega y la valenciana son las más amplias en su redacción, entrando en los requisitos que debe incluir la información, al identificar y describir el procedimiento y su objetivo, así como los beneficios, alternativas, consecuencias, previsibles de su realización y las de no realizarlo, igualmente se refiere a los riesgos, calificándolos de frecuentes, poco frecuentes y personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente; todo ello convierte a estas normas en las más exigentes respecto a los contenidos de la información. La ley gallega, aún añade "las contraindicaciones", de la actuación de la que se informa, dato realmente importante y que conlleva cierta personalización.

La ley cántabra incluye dentro de la información, la referencia al diagnóstico y el pronóstico. El resto de leyes de las CCAA, no se manifiestan en este sentido, aunque se da por comprendido en las expresiones ya comentadas. En nuestra opinión es adecuado que se mencione que el diagnóstico debe figurar en la información, así como las expectativas respecto a la evolución de la patología.

Llegado a este punto la redacción más completa sería aunando lo exigible en Galicia y Cantabria. Pero la ley estatal y navarra dejan una puerta abierta al precisar que la referencia expresa a la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias será la que se proporcione "como mínimo", pudiéndose ampliar en cada caso a los extremos que el médico considere convenientes.

En la práctica, el modo de proporcionar la información, escrita o verbal, y en esta última, la manera de expresarse del médico, así como la predisposición o capacidad de entendimiento del paciente en ese momento, determinarán si dicha información ha cumplido con su finalidad.

CONCLUSIÓN 6: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley gallega y Ley valenciana.
2. Ley cántabra.
3. Ley estatal y Ley navarra.

V.1.1.1.7. Veracidad de la información

La veracidad de la Información requiere poco comentario. Es presupuesto intrínseco a la voluntad de la ley por lo que se obvian más anotaciones. Solo cabe marcar un mayor énfasis en la Ley catalana por la utilización verbal "debe ser verídica" frente a la exigencia simplemente de veracidad de la Ley estatal y de las Comunidades de Galicia, de Madrid, Aragón, de La Rioja, Navarra, Cantabria, Valencia y Castilla-León. En Extremadura, Baleares, Canarias, y Andalucía, no se hace mención a esta característica esencial de la información. Tampoco en el País Vasco y Asturias, por su exclusividad en materia de VA e IP, respectivamente.

CONCLUSIÓN 7: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley catalana.
2. Ley estatal, Ley gallega, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley riojana, Ley navarra, Ley cántabra, Ley valenciana y Ley castellano-leonesa.

V.1.1.1.8. Forma de dar la información

En la forma de dar la Información para que sea comprensible y adecuada a las necesidades del paciente, (Ley estatal, madrileña, cántabra, balear y andaluza), la ley catalana, extremeña, aragonesa, navarra y valenciana incluyen además, la posibilidad de que el paciente pueda requerir información ("*requerimientos del paciente*"). Esto se observa claramente cuando en el consentimiento informado se debe incluir una frase en este sentido, como "¿ha resuelto todas sus dudas o desea conocer algo más?", lo que permite que la persona que recibe la información pueda preguntar sobre aspectos no comprendidos de la información que se le había suministrado. Por ello el contestar a las demandas del paciente aseguraría la mayor comprensión del motivo de la información.

La ley gallega señala que la forma será la adecuada al procedimiento pero evitando aspectos alarmistas.

En la Ley de la Rioja se precisa que se proporcione la información pero "*atendiendo a las características personales, culturales, lingüísticas, educacionales, etc.*" y en la Ley gallega "*que se eviten aspectos alarmistas.*"

El aspecto de cómo se debe dar la información no se recoge en la Ley canaria ni en la Ley de Castilla-León, al igual que en el País Vasco y Asturias, ya que estas últimas solo se refieren a VA e IP, respectivamente.

CONCLUSIÓN 8: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley catalana, Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley navarra y Ley valenciana y de forma similar la Ley gallega y la Ley riojana.
2. Ley estatal.
3. Ley madrileña, Ley cántabra, Ley balear y Ley andaluza.

V.1.1.1.9. Información como ayuda para tomar una decisión

En lo referente a la información como ayuda para tomar una decisión, aspecto fundamental de ésta, la Ley 41 /2002 señala respecto a la toma de decisiones del paciente, "de acuerdo a su propia y libre voluntad" y la Ley catalana, utiliza la referencia a que lo haga "de manera autónoma". En la misma línea están las leyes de Madrid, Aragón y Navarra, Cantabria y Valencia.

Es más clara la referencia a la propia y libre voluntad, ya que aunque la autonomía significa eso mismo, la palabra no lo expresa y quién no la conozca puede quedarse en la ignorancia. La ley gallega y de La Rioja al decir respectivamente: "La información se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente" y "la Información será dada de forma comprensible de manera que pueda disponer de elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que le afecte" asimilan su posición a la más explícita, contenida por la Ley estatal.

Es indudable que la forma de exponer la información va a ser determinante para prestar el consentimiento. El conocimiento de la materia, en cualquier aspecto, nos hace sentir más seguros de las decisiones que tomamos, y en la mayoría de los casos nos dirigen de manera automática a una determinación, por exclusión. Solo con una buena información y la resolución de nuestras dudas, se garantizará la autonomía de la elección. El tiempo para poder reflexionar y decidir es inherente al mismo proceso.

CONCLUSIÓN 9: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley gallega y Ley riojana.
2. Ley catalana, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley navarra, Ley cántabra y Ley valenciana.

V.1.1.1.10. *Garantía del derecho a la información*

Hay coincidencia en que quién garantiza el derecho a la información es el médico responsable del paciente. La Ley de Madrid y La Rioja enfatizan con el tiempo verbal "será responsable", frente a que, simplemente, se "garantice", expresión con menos carga legal. Cabe señalar que la Ley castellano- leonesa, insta a que esta designación se haga lo antes posible, para que el paciente disponga de este servicio desde los momentos iniciales de su internamiento, e indica que en su defecto otros profesionales asuman la responsabilidad. Según Castellano Arroyo⁹⁵, aunque exista este médico responsable, cada uno de los especialistas que realicen exploraciones específicas o pruebas complementarias que entrañen riesgos potenciales, son los que deben proporcionarle la información correspondiente a su actuación médica y obtener el consentimiento, y así la responsabilidad recaerá sobre el médico que incumpla sus deberes.

CONCLUSIÓN 10: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley madrileña, Ley riojana y Ley castellano- leonesa.
2. Ley estatal, Ley catalana, Ley gallega, Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley navarra, Ley valenciana, Ley balear y Ley andaluza.

V.1.1.1.11. *Garantía del derecho a la información por otros profesionales*

Respecto a que, también otros profesionales tengan obligación de informar, las normativas catalana, navarra, cántabra y balear, aluden a la expresión "también deben asumir esta responsabilidad". En este caso la utilización de la forma verbal "deben asumir responsabilidad", se considera con menos énfasis que la expresión "serán responsables", expresión recogida en las otras normativas.

En el proceso asistencial nos podemos encontrar con varios procedimientos y actuaciones, que requieren una información individualizada, por parte de cada especialista, y cuyo consentimiento, será específico a la técnica concreta.

El consentimiento en un proceso asistencial, lejos de quedar englobado en una finalidad concreta, y en un acto único, llega a constituir una continua demanda de permiso para actuar "sobre el sujeto y para el sujeto".

CONCLUSIÓN 11: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley gallega, Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley riojana y Ley valenciana.
2. Ley estatal, Ley catalana, Ley navarra, Ley cántabra, Ley balear y Ley castellano-leonesa.

V.1.2. TITULAR DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL

V.1.2.1. Aspectos generales

V.1.2.1.1. Titular

Para la gran mayoría de las legislaciones autonómicas, el Titular del derecho a la información asistencial es el paciente; sin embargo, en Madrid y Andalucía, se alude al término ciudadano. En Cantabria y Canarias no se hace mención expresa al titular de la información ni en el País Vasco y Asturias (por su exclusividad en materia de VA e IP, respectivamente). La diferencia fundamental en el resto, que sí lo regula, radica, es que, si el paciente lo permite expresa o tácitamente, se transmite información a los allegados, y la Ley de la Comunidad de Madrid, que señala que el paciente toma parte activa y podrá requerir que se proporcione la información a familiares, allegados o personas vinculadas a él por razones de hecho.

CONCLUSIÓN 12: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley catalana, Ley gallega, Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley riojana, Ley navarra, Ley valenciana, Ley balear y Ley castellano-leonesa.
2. Ley madrileña y Ley andaluza.

V.1.2.1.2. Incapacidad

La incapacidad, sería la imposibilidad, por parte del paciente de comprender y elegir respecto a su situación asistencial. La incapacidad plantea un serio dilema por lo que es considerada expresamente en el Conv. europeo de bioética y en la norma estatal, que suple a aquellas leyes autonómicas que no recogen esta situación. Así sucede en la Ley madrileña, vasca, balear, canaria, andaluza y asturiana. En la Ley 41 /2002 (Art.5.2) se señala que el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, "de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. También informará a su representante legal" y en la Ley catalana se señala que "Se le informará en función de su grado de comprensión sin perjuicio de tener que informar también a quién sea su representante" en este segundo caso, si no tuviera representante se plantearía un problema, por lo que consideramos más adecuada la redacción de la Ley estatal.

La actual Ley de 2005 de Extremadura la completaría al mencionar las personas vinculadas al paciente, al igual que en la Ley riojana, navarra, cántabra y valenciana (incluye también al tutor).

Lo que sí constituye una novedad es la precisión legal de la Ley valenciana al remitirse a la ley 1/221 de 6 de abril de la Generalitat Valenciana por la que se regula las parejas de hecho, para considerar personas allegadas a las que se refieren en dicha ley.

CONCLUSIÓN 13: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley aragonesa, Ley riojana, Ley navarra, Ley cántabra, Ley valenciana y Ley extremeña.
2. Ley catalana, Ley gallega, y Ley castellano-leonesa.

V.1.2.1.3. Capacidad de entendimiento

La capacidad de entendimiento se menciona de forma similar en la Ley estatal, catalana, aragonesa y navarra. Según el criterio del médico responsable cuando el paciente carece de capacidad para entender la información, la pondrá en conocimiento de sus familiares o allegados.

CONCLUSIÓN 14: El nivel lo establecemos como similar en las cuatro leyes que hacen mención al respecto, la estatal, la catalana, la aragonesa y la navarra.

V.1.2.1.4. Limitación del derecho a la información

El derecho a la información puede quedar limitado, cuando se acepta que al paciente puede perjudicarle conocer su estado de salud o situación en todos sus extremos. Por ello se alude a la "*necesidad terapéutica*" como la circunstancia en la que, en beneficio del paciente, se puede ocultar algo de la información; esta mención aparece en la Ley estatal, gallega, Navarra y castellano-leonesa, y en la última, de forma más completa, al señalar que quede constancia del hecho en la Historia Clínica. La ley valenciana recoge, incluso, una explicación del término.

El resto de comunidades no hace referencia expresa al tema.

La limitación al derecho a la información, en las referencias anteriores, no hace más que recalcar la finalidad de las leyes, cuya pretensión es garantizar la efectividad real del bien protegido. La limitación antepone la salud a la información.

CONCLUSIÓN 15: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley castellano-leonesa.
2. Ley valenciana.
3. Ley navarra.
4. Ley gallega.
5. Ley estatal.

V.1.3. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La información epidemiológica, constituye una extensión del derecho individual a ser informado. Recibe especial mención en todas las leyes excepto en la Ley gallega y canaria. No aparece reflejada en la Ley vasca y asturiana (por su exclusividad en la materia de VA e IP, respectivamente).

V.1.3.1. Contenido de la información epidemiológica

Se refiere a la información que debe recibir la población general respecto a los riesgos colectivos o particulares en relación con cuadros, episodios, enfermedades, etc. con riesgos de contagio o transmisión. Respecto a ella, la ley estatal, catalana y navarra utilizan el término "*derecho a conocer los problemas sanitarios de la comunidad*" y la "*difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano*" (Ley madrileña y cántabra) y derecho a "*ser informados de los problemas de la salud*" (Ley extremeña, aragonesa, riojana, valenciana, balear, castellano-leonesa y andaluza).

El término "derecho a conocer", en nuestra opinión, parece derivar en algo más impersonal, y con carencia de responsabilidad por parte de la administración, mientras que el derecho a ser informado, aunque posiciona en un principio al usuario en actitud de iniciar un proceso, parece que, aunque solo sea por su semántica, garantiza de forma más imperativa que ese derecho genera un deber que tiene que cumplirse.

Se hace hincapié en la forma comprensible de proporcionar la información para obtener efectividad y sin duda, la Ley más completa, por su especificidad, es la valenciana, que incluye la información periódica, por parte de La Concedería de Sanidad, del análisis epidemiológico de las distintas áreas de salud.

La información epidemiológica deberá comprender información suficiente sobre los factores, las situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva, incluyendo la información epidemiológica general y la información relativa a los peligros derivados del medio ambiente, de los alimentos, del agua de consumo y de los hábitos y comportamientos individuales, de manera que se fomenten comportamientos y hábitos de vida saludables. De esta forma se incluye una acción de tipo preventivo, que estadísticamente disminuye situaciones de riesgo para la colectividad.

El avance en los sistemas de comunicaciones así como las guías de usuarios, van a hacer posible lo anteriormente expuesto.

CONCLUSIÓN 16: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley extremeña, Ley madrileña, Ley cántabra, Ley aragonesa, Ley riojana, Ley valenciana, Ley balear, Ley castellano-leonesa y Ley andaluza.
2. Ley estatal, Ley catalana, y Ley navarra.

V.2. DERECHO A LA INTIMIDAD

V.2.1. CONTENIDO

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.

En el sentido expuesto anteriormente, no encuentra especial mención en las Ley gallega, quizá porque se da por entendido que este derecho tiene una protección constitucional y en la Ley vasca y asturiana, (por su exclusividad en materia de VA e IP, respectivamente). Sin embargo llama la atención la extensión de la Ley riojana que no se limita a mencionar la garantía de la confidencialidad de los datos, sino que profundiza en el respeto a los valores culturales, morales y convicciones religiosas, así como la limitación de la presencia de investigadores que no tengan una responsabilidad directa en la atención. La Ley cántabra añade el derecho del paciente a conocer la identidad y misión de los profesionales que intervienen en su atención. En las leyes de La Rioja, Cantabria y Valencia, la defensa de la intimidad se refiere más a la esfera corporal y de imagen que a la manipulación de los datos.

La Ley estatal reduce su exposición 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 orienta, dentro de los principios básicos de la Ley, 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 un ofrecimiento progresivo de habitación individual en sus centros hospitalarios, que constituiría un avance en el respeto a la intimidad.

CONCLUSIÓN 17: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley riojana, Ley cántabra y Ley valenciana.
2. Ley navarra.
3. Ley estatal, Ley catalana, Ley extremeña, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley

baleares, Ley canaria, Ley castellano-leonesa y Ley andaluza.

V.2.2. GARANTÍAS DEL DERECHO A LA INTIMIDAD

Respecto a las garantías de este derecho, la Ley de Extremadura, Navarra, Cantabria y Baleares, 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, la especial protección en los datos referidos a creencias, filiación, opción sexual o haber padecido malos tratos; la ley navarra, comunicando a los usuarios el modo de proporcionar los datos y la ley balear, señalando 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.

No hay mención concreta al respecto en la Ley madrileña, canaria, andaluza, ni en la Ley vasca y Ley asturiana (por su exclusividad en materia de VA e IP, respectivamente)

CONCLUSIÓN 18: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley extremeña, Ley navarra, Ley cántabra y Ley balear.
2. Ley estatal, Ley catalana, Ley gallega, Ley aragonesa, Ley riojana, y Ley valenciana.

V.3. DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

V.3.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio se centra en el Consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez informado y habiendo valorado las opciones propias del caso.

Aparecen términos distintos aunque entendemos que todos ellos son sinónimos de acto médico. Estos son:

- "toda actuación" aparece en la Ley estatal, en la Ley extremeña 3/2005 de 8 de julio, y en la Ley gallega.
- ante "cualquier intervención"; (este término podría tener una connotación más "invasiva"), aparece en la Ley catalana, aragonesa, navarra, valenciana, balear y castellano-leonesa.

- y "para la realización de procedimientos diagnósticos" más restrictiva a las exploraciones y pruebas con finalidad diagnóstica; aparece en las Leyes de Madrid, La Rioja, Cantabria y Canarias.

CONCLUSIÓN 19: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley extremeña y Ley gallega.
2. Ley catalana, Ley aragonesa, Ley navarra, Ley valenciana, Ley balear y Ley castellano-leonesa.
3. Ley madrileña, Ley riojana, Ley cántabra y Ley canaria.

V.3.2. FORMA DE DAR EL CONSENTIMIENTO

En cuanto a la Forma en que se otorga, la Ley estatal, la Ley gallega y la Ley extremeña señalan como norma general, la forma verbal. No se recoge en la Ley de Madrid. Tampoco en la Ley vasca, ni en la Ley asturiana, (por su exclusividad en materia de VA e IP, respectivamente) y el resto, da por hecho la forma verbal, sin mencionarla. Todas tienen en común el requerimiento de la forma escrita para las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en general con riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud. En relación a estos supuestos, el 6 de octubre de 2009 entró en vigor el nuevo modelo de consentimiento informado de aplicación obligatoria en los centros que dependen del Servicio Andaluz de Salud. Girela López⁹⁶ destaca que entre las novedades del formulario está la sugerencia que se hace a los facultativos de que incluyan los esquemas, gráficos y fotos para ayudar al paciente a entender el tratamiento y para que su consentimiento sea más consciente.

La Ley de La Rioja especifica que el consentimiento no estará sometido a forma, pero, no obstante, secunda lo expuesto anteriormente.

Es importante la matización de la Ley valenciana, al aludir a la manifestación por escrito del consentimiento, previa la obtención adecuada con tiempo suficiente, y claramente comprensible, ante las situaciones ya mencionadas para la forma escrita.

CONCLUSIÓN 20: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley gallega y Ley extremeña.
2. Ley valenciana, Ley catalana, Ley aragonesa, Ley navarra, Ley cántabra, Ley balear, Ley canaria, Ley castellano -leonesa y Ley andaluza.
3. Ley riojana.

V.3.3. DERECHO A AUTORIZAR LA PARTICIPACIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

En cuanto al Derecho a ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se apliquen, pudieran ser utilizados en un proyecto docente o de investigación, así como que no comporte riesgo para la salud, es recogido por todas las leyes, excepto por la Ley catalana, gallega, navarra, valenciana y canaria. La Ley vasca y asturiana dedican su estudio en exclusividad a las VA e IP, respectivamente.

Las leyes de Extremadura, Aragón, la Rioja y Cantabria se extienden considerablemente en la redacción de este punto, ya que incluyen en el mismo saco dos situaciones distintas, la posibilidad de que datos recogidos en el proceso asistencial puedan, después, ser utilizados en la docencia o para publicaciones posteriores, y lo que es muy diferente: que el paciente participe en un estudio o experimento, en cuyo caso la normativa legal debe ser la específica para los ensayos clínicos, si se trata de esto, o bien manteniendo la garantía de información que exige cualquier investigación sobre seres humanos.

Otro aspecto, es que el paciente puede disponer de preparaciones de tejidos o muestras biológicas que provengan de una biopsia o extracción, con la finalidad de recabar la opinión de un segundo profesional y, en el caso de la continuidad de la asistencia en otro centro diferente, el paciente tendrá que ser informado de la conservación de los tejidos provenientes de una biopsia debiendo obtenerse autorización para su uso; en el caso de que no autorice el uso, se deberá proceder a su eliminación como residuo sanitario, de acuerdo a la normativa vigente.

La ley cántabra en su artículo 38.4 dice que los ciudadanos, "sean o no pacientes del sistema autonómico de salud", podrán participar en estudios de investigación siempre y cuando estos cumplan con las condiciones establecidas en la normativa que les resulte de aplicación.

La Ley balear señala el derecho motivo de estudio pero en razón al nacimiento. Cuando el paciente sea un menor, serán los padres y representantes legales los que protegerán sus derechos.

CONCLUSIÓN 21: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley riojana y Ley cántabra.
2. Ley estatal, Ley madrileña, Ley castellano-leonesa, Ley andaluza y Ley balear.

V.3.4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Tal revocación no la contemplan las Leyes de Galicia, Madrid, Canarias, y País Vasco y Asturias, por su exclusividad en VA e IP, respectivamente. El resto señala que tal revocación se puede realizar en cualquier momento y la Ley estatal, de la Rioja y de Castilla-León, todas, especifican que se realice por escrito. Las leyes de Extremadura, Navarra, Cantabria, Valencia y Andalucía, matizan al decir, que tal revocación podrá retirarse libremente.

Esta última apreciación es importante, porque recalca el espíritu perseguido de proteger la expresión libre y autónoma de la voluntad, ante cada actuación médica. Por tanto aunque se considere algo obvio, es importante esta insistencia en concreto.

CONCLUSIÓN 22: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley extremeña, riojana, navarra, cántabra, valenciana, castellano-leonesa y andaluza.
2. Ley estatal, catalana, aragonesa y balear.

V.3.5. LIMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como ya se dijo, el paciente puede renunciar a la información, lo cual limita la elección y el acto de consentir. En la Ley estatal, gallega y balear la renuncia a la Información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la Colectividad y por el deseo expreso del paciente de no ser informado. Ahora bien, la ley estatal precisa que la renuncia del paciente a ser informado se debe hacer constar de forma documental, pero sin perjuicio de la obtención del consentimiento para la intervención.

La Leyes extremeña, navarra y castellano-leonesa, se limitan a la manifestación explícita del deseo de no ser informado, siempre que no suponga adopción de medidas contrarias a las leyes. En la segunda, se exige el consentimiento previo a la intervención, dejando constancia de la renuncia a la Información.

CONCLUSIÓN 23: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley gallega y Ley balear.
2. Ley extremeña, Ley navarra y Ley castellano-leonesa.

V.3.6. EXCEPCIONES A LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO

Todas las Leyes a excepción de las de Madrid, Canarias, Castilla-León y País Vasco, y Asturias (por su exclusividad en VA e IP, respectivamente), coinciden en la excepción a la exigencia del consentimiento, cuando hay riesgo para la salud pública y para la integridad física o psíquica del enfermo y no se ha podido obtener el consentimiento de los familiares o personas vinculadas a él.

Las Leyes navarra y valenciana señalan el caso en que el paciente no esté capacitado para tomar decisiones y no existan familiares.

Es característico de la Ley catalana y extremeña, el empleo de la expresión "actuación a favor de la salud del paciente". Resulta, sin embargo obvio, ya que las actuaciones cuando hay riesgo para la salud se realizan precisamente, para favorecer o mejorar dicho estado.

La Ley aragonesa especifica en la actuación en caso de riesgo, de que no haya una manifestación negativa expresa del enfermo al procedimiento empleado a tal efecto. Y la Ley andaluza recoge el respeto a la declaración de voluntad anticipada.

El debate surge en cual es el bien preponderante, la vida y evitar ocasionar lesiones irreversibles/o el respeto a la voluntad del paciente. Fundamental en este debate es que la voluntad del paciente se manifieste desde la integridad de las funciones psíquicas. En caso contrario, está claro que prima la beneficencia.

Las excepciones a la exigencia del consentimiento pretenden priorizar la protección a la salud del paciente a la propia autonomía de la voluntad, en el caso de ser imposible recabar esta. Por tanto el hecho de reconocer esa manifestación del enfermo resulta consecuente y contradictorio a la vez. Se resolverá en relación a las circunstancias específicas de cada actuación ante cada situación.

CONCLUSIÓN 24: En nuestra opinión, la adecuación terminológica está igualada en todas las normativas que lo recogen, pero destacan por su minuciosidad las leyes de Cataluña, Extremadura, Aragón y Andalucía.

V.3.7. CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN Y SUSTITUCIÓN

En los casos en los que el paciente no puede prestar un consentimiento válido, quienes estén autorizados a decidir por él lo hacen bajo la figura de la representación o la sustitución.

El Consentimiento es por representación en las leyes estatal, cántabra y castellano-leonesa, extremeña, riojana y balear, y por Sustitución en las Leyes de Cataluña, Galicia, Madrid, Aragón, Navarra y Valencia. En la Ley canaria y en la Ley andaluza no aparece reflejada esta posibilidad, así como en la Ley del País Vasco y Ley de Asturias (por su exclusividad en materia de VA e IP, respectivamente).

Los supuestos en los que el paciente no es capaz o su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de la situación son reflejados en algunas disposiciones. En estos casos, si existe representante legal actuará en su nombre y a falta de éste, las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Es en principio el criterio del médico el que determina el consentimiento por representación o sustitución en la Ley estatal, catalana, gallega, extremeña, aragonesa, riojana, navarra y cántabra.

En la Ley de Madrid es el paciente por decisión propia quien podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros. Es la Ley más generosa para la autonomía de la voluntad del paciente, ya que no sugiere la intervención de los profesionales médicos, que actuarían en el caso de que el paciente no lo hiciera por sí mismo. Pero en los casos de incapacidad o pérdida de facultades esa decisión propia del paciente resulta insuficiente.

En caso de incapacidad legal si es menor y ha cumplido los doce años, el representante actuará sin perjuicio de oír al menor anteriormente. Si el menor ha cumplido 16 años y está emancipado no cabe representación, pero sí se tendrá en cuenta la opinión de los padres. Esto viene recogido en la Ley estatal y aragonesa. En la Ley catalana no se hace alusión a la opinión paterna. Por tanto da más hegemonía a la voluntad del menor que en el resto de las CCAA.

La Ley valenciana matiza, en la actuación por parte de los familiares y allegados, la preferencia al cónyuge (señala "no separado") y en su defecto a los familiares de grado más próximo, y dentro de estos, a los de mayor edad.

Se han expuesto varias matizaciones, pero la Ley estatal globaliza perfectamente al resto de leyes autonómicas y se aprecia una voluntad común en materia de representación para la prestación del consentimiento. En primer y lógico lugar consentiría el propio paciente y si ello no fuera posible, entraría en juego la apreciación del profesional para asegurar la obtención de un consentimiento adecuado al que daría el enfermo si pudiera hacerlo personalmente. En estos casos, sin entrar en materia de representación legal, las personas más próximas son las únicas que por su relación de cercanía y conocimiento personal pueden conocer la voluntad del paciente o, en su caso, responsabilizarse de su actuación en el logro de lo mejor para su salud.

CONCLUSIÓN 25: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. La Ley estatal y resto de leyes estudiadas, excepto, la Ley canaria, Ley asturiana, Ley vasca y Ley andaluza por no contemplar este supuesto.
2. Ley de Madrid.

V.3.8. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO Y PRÁCTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN

Estos casos se recogen en La Ley estatal, catalana, gallega, extremeña, aragonesa, valenciana y castellano-leonesa, rigiéndose por las leyes generales y disposiciones especiales de aplicación específicas de esas materias. En el resto de normativas no se hace mención específica al respecto.

CONCLUSIÓN 26: Todas las leyes que lo recogen tienen una regulación unánime; Ley estatal, Ley catalana, Ley gallega, Ley extremeña, Ley aragonesa, Ley valenciana y Ley castellano-leonesa.

V.3.9. CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN A FAVOR DEL PACIENTE

Respecto al consentimiento por representación, siempre se realizará a favor del paciente, como viene expresamente recogido en la Ley estatal, catalana, gallega, extremeña, madrileña, aragonesa, navarra, valenciana y castellano-leonesa.

Es de destacar la minuciosidad de la Ley Foral navarra y su especificidad al recalcar el reflejo de todo lo acontecido en la Historia Clínica, no sin antes exigir una actuación objetiva y proporcionada y el intento de la participación del paciente y allegado en la toma de decisiones, pero no señala que la representación sea a su favor.

CONCLUSIÓN 27: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley catalana, Ley gallega, Ley extremeña, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley valenciana y Ley de Castilla-León.
2. Ley Foral navarra.

V.3.10. CONDICIONES DE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO POR ESCRITO.

La Ley estatal, gallega, extremeña, valenciana y canaria, son las únicas que recogen las condiciones de la información y consentimiento, cuando se prestan por escrito. La primera es mucho más escueta, indicando que la pertinencia de hacerlo por escrito es mayor en la medida en que los resultados son más inciertos. Hace mención a las circunstancias relevantes, personales y a los riesgos normales y contraindicaciones. Cuando estudiamos la Forma de dar el Consentimiento, había unanimidad en su exigencia escrita cuanto más importantes o frecuentes fueran los riesgos.

La ley extremeña es la más completa e incide en que el paciente no esté adormilado o con sus facultades mermadas, para que pueda recibir una información en las condiciones de comprensión y libertad óptimas.

La Ley valenciana al igual que la extremeña, son las más extensas en su redacción.

CONCLUSIÓN 28: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley extremeña y Ley valenciana.
2. Ley estatal, Ley gallega y Ley canaria.

V.4. INSTRUCCIONES PREVIAS.

Nos encontramos con seis CCAA que han legislado expresamente sobre el tema. En el año 2002 el País Vasco; en 2003 Navarra y Andalucía. En 2005 La Rioja y Madrid y en el año 2008 el Principado de Asturias, mediante Decreto 4/2008 de 23 de enero.

Todas las CCAA motivo de estudio, excepto en la disposición legal canaria, que no lo regula expresamente, coinciden plenamente en el fundamento de la materia tratada. En antiguas legislaciones se designaban como Voluntades anticipadas, como sucede en Cataluña, Extremadura, Aragón, Navarra, Cantabria, País Vasco, Valencia, Baleares y Andalucía. Sin embargo la Comunidad de Madrid tanto antes, como ahora utilizaba la expresión "*Instrucciones Previas*" así como las regulaciones legales de Castilla-León, Galicia, La Rioja, Asturias y La Ley estatal.

La Ley valenciana en su artículo 17 y la Ley navarra en su artículo 9, son las únicas que incluyen al menor emancipado con capacidad legal suficiente o al menor al que se le reconoce capacidad, respectivamente, junto a los sujetos mayores de edad, para poder otorgar el documento de voluntades anticipadas.

En cuanto a la designación de representante, a los efectos de que se cumplan estas instrucciones, la Ley cántabra, valenciana, y castellano-leonesa, no lo preveen, lo que puede interpretarse como una derivación de la responsabilidad del incumplimiento hacia los médicos que prestan la asistencia. Si está dispuesto en la ley estatal, catalana, gallega, extremeña, madrileña, aragonesa, riojana, navarra, vasca, balear, andaluza y asturiana.

La forma de expresar el hecho es la escrita, para todas las CCAA que la regulan, a excepción de la gallega y aragonesa que no la especifican. La revocación no consta en las leyes de Cataluña, Aragón, Navarra, Cantabria, Valencia, Baleares, y Castilla-León, si lo hace en la Ley estatal, gallega, extremeña, madrileña, riojana, vasca, andaluza y asturiana.

Respecto a la anotación en la Historia Clínica: Asturias, y Andalucía, no hacen mención específica a ello.

Respecto a un registro general de IP, las comunidades catalana, navarra, y castellano-leonesa, no lo recogen. Si la Ley estatal, gallega, extremeña, madrileña, aragonesa, riojana, cántabra, vasca, valenciana, balear, andaluza y asturiana.

CONCLUSIÓN 29: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley extremeña, Ley vasca, Ley riojana.
2. Ley madrileña, Ley gallega, Ley balear, Ley andaluza y Ley asturiana.
3. Ley catalana, Ley aragonesa, y Ley valenciana.
4. Ley navarra, Ley cántabra y Ley castellano-leonesa.

V.5. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

No lo regulan Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco y Asturias.

Cantabria, Valencia y Canarias no recogen la elección de centro, sí la posibilidad de obtener una segunda opinión médica. La Ley estatal, extremeña, madrileña, aragonesa, riojana, balear, andaluza y castellano-leonesa tratan ambos temas.

CONCLUSIÓN 30: En nuestra opinión, pues, la adecuación terminológica sería más adecuada y precisa siguiendo este orden:

1. Ley estatal, Ley extremeña, Ley madrileña, Ley aragonesa, Ley riojana, Ley balear. Ley andaluza y Ley castellano -leonesa.
2. Ley cántabra, Ley valenciana y Ley canaria.

V.6. EXPRESIÓN NUMÉRICA DE LA CALIDAD DE LAS NORMATIVAS EN ESPAÑA.

El resumen de lo que acabamos de exponer, lo hemos llevado a expresión numérica indicando en cada Comunidad Autónoma, respecto a cada parámetro evaluado, las veces que hemos considerado que su redacción era la más afortunada, figurando en primer lugar. De esta manera aparece Extremadura con 19 menciones, La Rioja con 15 menciones; La Ley estatal y aragonesa con 14 menciones; Ley de Valencia con 13 menciones; Ley de Galicia con 12 menciones; Navarra con 11 menciones; Castilla-León, con 10 menciones; Cataluña con 9 menciones; Baleares con 8 menciones; Cantabria con 7 menciones; Madrid con 6 menciones; Andalucía con 5 menciones; País Vasco con 1 mención; Ley de Canarias y Ley de Asturias cero menciones.

En esta valoración hemos de tener en mente los siguientes aspectos:

1. Una ley puede aparecer mejor evaluada tanto por el número de aspectos o parámetros que regula, como por la forma más completa, extensa o precisa en que realiza dicha regulación.
2. Aquellas CCAA cuyas leyes tratan menos aspectos en relación con los derechos de los pacientes, tienen menos oportunidad matemática de aparecer en nuestro ranking, aunque pueden haber legislado de forma muy afortunada una cuestión concreta.
3. Castilla-La Mancha, Murcia, Ceuta y Melilla no aparecen en la tabla ni en el Ranking, por tener las dos primeras, leyes en estado de tramitación parlamentaria y las dos últimas, regirse por la legislación estatal.
4. Las siguientes leyes figuraron liderando un primer puesto en solitario:
 - La Ley de Navarra, en cuanto al tratamiento de la renuncia a la información.
 - La Ley de Cataluña, en cuanto a la veracidad de la información y
 - La Ley de Castilla-León, en relación a la limitación al Derecho a la Información.

5. En los puntos que estudian la constancia de la información en la Historia Clínica y los casos de interrupción de embarazo y prácticas de ensayos clínicos y técnicas de reproducción, todas las leyes que los recogieron, tuvieron un tratamiento igualitario de la materia.

Resultado final:

1. LEY DE EXTREMADURA
2. LEY DE LA RIOJA
3. LEY ESTATAL Y LEY DE ARAGÓN
4. LEY DE VALENCIA
5. LEY DE GALICIA
6. LEY DE NAVARRA
7. LEY DE CASTILLA-LEÓN
8. LEY DE CATALUÑA
9. LEY DE LAS ISLAS BALEARES
10. LEY DE CANTABRÍA
11. LEY DE MADRID
12. LEY DE ANDALUCÍA
13. LEY DEL PAIS VASCO
14. LEY DE CANARIAS y LEY DE ASTURIAS

VI. RESULTADOS REFERIDOS A LA NORMATIVA EN LA UE

VI.1. MARCO GENERAL DE LA NORMATIVA EN LA UE

La Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, del Consejo Europeo, (Convenio de Oviedo) que se reunió en Oviedo el 4 de abril de 1997⁹⁷, bajo los auspicios de Marcelo Palacios, Diputado europeo, de origen asturiano, en su Capítulo II, artículos del 5 al 9, recoge la protección del consentimiento informado y en el Capítulo III, artículo 10, el derecho al respeto a la vida privada y el derecho a la información. Algunos países como Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Lituania, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Estonia, Grecia, Hungría, Eslovenia y España han firmado y ratificado el Convenio. (España lo firmó el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 1 de septiembre de 1999) Finlandia, Francia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia y Suecia, lo firmaron pero no lo ratificaron y Austria, Bélgica, Alemania, Irlanda, Malta y Reino Unido, ni lo firmaron, ni lo ratificaron. La "firma simple", que ha sido utilizada en la mayoría de tratados, (al contrario que la "firma definitiva"), está sujeta a la posterior ratificación (que es cuando el país manifiesta su consentimiento en obligarse y para ello necesita de una adecuación de las normas internas a dicho tratado). Mientras tanto con la firma simple solo se está obligado a no realizar actos que puedan truncar el objeto y fin del tratado.

También encontramos La Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (Roma 15 Noviembre 2002)⁹⁸, que en su artículo 3, recoge el derecho a la información, en su artículo 4, el derecho al consentimiento informado y en el artículo 6 el derecho a la intimidad. Ambos documentos constituyen en los países de la UE, el marco general que sirve de referencia para aquellos aspectos que no están específicamente regulados en cada estado; y sobre todo, son la guía para el respeto de estos derechos en las personas más vulnerables como son los menores y los incapaces que por su falta de madurez o su trastorno mental tienen el riesgo de que otros decidan por ellos sin mantener el respeto a su dignidad como personas. La Carta refuerza el grado de protección de los derechos de los pacientes y armoniza los Sistemas Nacionales, en todos los países y en los de nueva incorporación, en constante cambio. Así, los usuarios de los diferentes sistemas de salud, tendrán respaldados estos derechos a pesar de la libre circulación en la Unión Europea y con independencia del lugar de origen y del que se encuentren en el momento de necesitar la asistencia sanitaria.

La directiva comunitaria 95/46 de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos⁹⁹, garantiza el derecho a la intimidad en toda la Unión Europea.

Cada sistema nacional de salud refleja realidades diferentes, algunos pueden tener leyes específicas, regulaciones administrativas u otro tipo de disposiciones, lo que abre un abanico de posibilidades que quedan enmarcadas en los derechos expuestos en la Carta, que son la base de los derechos fundamentales, y que deben ser interpretados de forma extensiva, de manera que una apelación a los principios generales aludidos pueda cubrir cualquier laguna de las mencionadas disposiciones locales.

Los siguientes derechos: a medidas preventivas, al acceso a la información, al consentimiento, a la libre elección, a la privacidad y confidencialidad, al cumplimiento de los estándares de calidad, seguridad e innovación, a evitar sufrimiento y dolor innecesarios, a dar un tratamiento personalizado y a reclamar y a recibir compensación, son derechos que también están relacionados con varias declaraciones internacionales y recomendaciones, hechas públicas por la OMS y el Consejo de Europa. Existen incluso en el caso de que las leyes nacionales no prevean su protección. Las Constituciones nacionales, serán aplicadas cuando garanticen un nivel de protección más elevado.

En la normativas que reflejamos a continuación, nos referimos expresamente a los derechos de los pacientes, pero no podemos perder de vista que estos derechos entroncan y derivan directamente de los derechos fundamentales de las personas, reconocidos y protegidos por las Constituciones de cada país.

Por ello en este apartado recogemos la situación, cuando se ha legislado específicamente sobre el derecho a la información, a la intimidad y a dar el consentimiento, considerando a la persona como paciente o usuario de la asistencia sanitaria.

VI.2. LEGISLACIONES LOCALES EN LOS PAÍSES INTEGRADOS EN LA UE

Seguidamente exponemos, por orden alfabético las normativas que regulan en cada país los tres derechos que son objeto de estudio en este trabajo, derecho a la intimidad, derecho a la información y derecho a dar el consentimiento. En un apartado posterior hacemos la discusión, de la situación resumida en una tabla, para la mejor comprensión de la situación.

VI.2.1. ALEMANIA

Alemania se rige por la versión en alemán de la anteriormente mencionada Carta Europea de los Derechos de los Pacientes. La "Patientenrechtecharta" Europäische carta der patien rechte¹⁰⁰, sin que exista una legislación específica para regular los derechos comentados. Por supuesto la protección es efectiva, ya que se acoge a lo dispuesto para tales efectos en la normativa comunitaria.

El Ministerio de Sanidad alemán ha editado una pequeña monografía sobre los derechos de los pacientes, estructurada en forma de preguntas, donde no concreta nada, ni aparecen de una forma específica la regulación de los derechos de los pacientes.

A pesar de que Alemania se posicionó en la vanguardia legislativa en 1833 bajo el mandato de Bismark, al crear el primer seguro obligatorio de enfermedad, ha sido el único país de la UE donde, actualmente, no hay disposiciones minuciosas al respecto.

No firmó ni ratificó el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.1.1. Derecho a la Intimidad

Respecto a la intimidad, refiere Morales Prats que en 1977 la Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)¹⁰¹ reguló los bancos de datos tanto del sector público, como del privado, tutelando el habeas data del ciudadano, lo que constituía el derecho de acceso a los bancos de datos, tanto para solicitar rectificaciones como para la anulación de los mismos.

Desde el año 2002 en Alemania, los médicos están obligados por ley y por el Código de Conducta Profesional¹⁰² de las asociaciones médicas al secreto médico. El secreto médico puede romperse por consentimiento personal del enfermo o por decisión del tribunal en los casos en que esté afectado un derecho de mayor rango.

Si el enfermo tiene menos de 18 años pero posee capacidad de discernimiento, el médico puede estar obligado al secreto médico, incluso en relación a los padres. En este caso, el médico tendrá que procurar cuidadosamente un equilibrio entre los intereses del enfermo y los de los padres.

Actualmente, existe, una obligación voluntaria de todas las compañías de seguros con el fin de no exigir datos de pruebas genéticas de los solicitantes. Algunos especialistas exigen una prohibición general de la utilización de estos datos.

Las compañías de seguros no pueden exigir el acceso a cualquier registro médico de un solicitante o persona asegurada sin su consentimiento explícito. Aún así, la mayor parte de los contratos de seguros incluye una cláusula exigiendo el consentimiento de los solicitantes y dando a la compañía de seguros el derecho de enviar cuestionarios directamente a los médicos del solicitante.

VI.2.1.2. Derecho a la Información y a dar el Consentimiento

Nos remitimos al artículo 3 de la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes de noviembre de 2002, que señala que todo individuo tiene el derecho al acceso a todo tipo de información sobre su estado de salud, los servicios sanitarios y como utilizarlos, así como a todo lo que la investigación científica y la innovación tecnológica pueda procurar y al artículo 4, que señala que todo individuo tiene derecho a toda la información que pueda permitirle participar activamente en las decisiones que conciernan a su salud, esta información es un prerrequisito para cualquier procedimiento y tratamiento, incluyendo la participación en la investigación científica.

VI.2.2. AUSTRIA.

La terminología de derechos de los pacientes fue introducida legislativamente por primera vez en Austria, en el año 1993, mediante la Ley modificativa sobre establecimientos sanitarios. Sin embargo, los derechos de los pacientes están reconocidos en numerosas leyes sobre las distintas profesiones sanitarias (Ley de profesión médica, Ley de sanidad y cuidados sanitarios, Ley de profesión de matronas y ayudantes en el parto, etc.) como obligación profesional. También se recogen estas obligaciones de las distintas administraciones, en las leyes de establecimientos sanitarios, de los medicamentos, de los productos medicinales y otros.

Los derechos de los pacientes fueron recopilados en una Carta de Derechos de Pacientes (BLF I 1999/195)¹⁰³. Esto supone un compromiso para asegurar dichos derechos.

Esta normativa, no recoge solamente las pretensiones o exigencias civiles derivadas del contrato de tratamiento, sino que ejercen influencia sobre las estructuras de provisiones sanitarias y prevención en sanidad. Abarcan también los reglamentos de organización y procedimientos, que permiten, mediante la participación y colaboración, la imposición y articulación de los intereses de los pacientes, organizados de forma más efectiva. Los derechos de los pacientes deben de aportar seguridad y calidad a los procedimientos médicos. Además atañen a la protección de la autonomía y autodeterminación del paciente en el tratamiento médico.

Los derechos de los pacientes se dirigen a partir de la Constitución, a garantizar las leyes básicas y los derechos humanos (como por Ej.: derecho a la vida, protección frente al trato inhumano o vejatorio, protección de la libertad personal, exigencia de protección de la esfera privada y vida familiar), así como a partir de los derechos privados personales (por Ej.: protección de la integridad corporal o de la dignidad). También el derecho a la autonomía y autodeterminación del paciente en el tratamiento médico se rige a partir de la Ley de Organización y Garantía de la autodeterminación y Dignidad Humana¹⁰⁴, que también toma forma a partir de los derechos civiles.

En Austria, en las bases legislativas sobre los derechos individuales del paciente, se garantiza el derecho de cuidados sanitarios y de acceso equitativo a los cuidados y tratamientos. Derecho a un adecuado tratamiento médico y derecho a apoyo libre e independiente por una organización de representación del paciente.

Los pacientes tienen a su disposición el conocer las prestaciones a las que tienen derecho. En el Art.1, h Parte principal A de la Ley Federal sobre la Documentación en el Sistema Sanitario (Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen), (BGBl.= Bundesgesetzblatt = Boletín de leyes federales = BLF Nr. 745/1996, novelizado en BLF. I Nr. 144/2003)¹⁰⁵ se recoge la existencia del responsable de cubrir los gastos.

Según refiere en 1985 Romeo Casabona¹⁰⁶, la infracción del deber de informar ha sido configurada como delito de tratamiento curativo arbitrario en Austria, lo que no sucede en España.

Austria no firmó ni ratificó el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.2.1. Derecho a la Intimidad

La Carta de Derechos del Paciente (BLF I 1999/195)¹⁰⁷, puntualiza lo siguiente en lo relativo al Derecho a la Intimidad, entendido como derecho a preservar la dignidad e integridad del paciente, a la vez que el derecho a unos tratamientos y cuidados dignos y adecuados.

También se especifica el derecho a la esfera privada junto al derecho a la confidencialidad, discreción y mantenimiento del secreto (secreto profesional médico.)

VI.2.2.2. Derecho a la Información

Hay una cláusula donde explícitamente se declara el derecho de los pacientes a no ser informados sobre su estado de salud.

Se recoge el derecho a adecuada información médica y sanitaria así como el derecho a explicación médica y a la consulta de la historia clínica y a la obtención de una copia de esta.

VI.2.2.3. Derecho a dar el Consentimiento

Como derecho de libre elección/decisión del paciente, entendido como el reconocimiento general a su autonomía.

El derecho de autodeterminación incluye el derecho a aprobación o rechazo de curación/tratamientos a la libre elección de médico, a participación en el proceso asistencial, a una muerte digna y a tratamientos de medicina alternativa.

VI.2.3. BÉLGICA.

En el tratamiento legal de los derechos de los pacientes de Bélgica destaca la Ley 22 agosto de 2002 de Derechos relativos a los Pacientes¹⁰⁸, que en su Art.2 define el concepto de paciente, cuidados sanitarios, y práctica profesional; en el Art. 6 regula el derecho a la libre elección de médico y a la modificación de su elección; en el Art.9.2 dispone que el paciente tiene derecho a consultar su historia clínica, pero no incluye dicho derecho a las anotaciones personales realizadas por el médico. En el Código de Sanidad reformado por la Ley de 4 de marzo de 2002,¹⁰⁹ se contemplan otros tipos de prestaciones sanitarias más específicas como la procreación (Art. L152-10) o la donación de órganos (Art. L 671-3). En la Ley de 27 de junio de 1990¹¹⁰ se recogen los derechos y la protección de personas hospitalizadas y con problemas mentales, y en la Ley de 20 de diciembre 1988¹¹¹ se trata la investigación biomédica. Destaca también la Ley de 16 de Mayo de 2002 de Terminación de la vida y auxilio al suicidio.¹¹²

Respecto a la eutanasia, Australia, Territorio Norte, fue pionera en este tipo de legislación, legalizando la eutanasia en 1996 (aunque la ley fue revocada el 23 de Marzo de 1997). Le siguió, Oregón con la legislación aprobada por los votantes en 1997. En Suiza se permite la asistencia al suicidio (desde 1941) y en Colombia, la Corte Constitucional, en Sentencia C-239 de 1997, dio paso a permitir la eutanasia voluntaria para pacientes terminales que lo solicitaran. En Europa está legalizada en Holanda, donde rige la Ley de 1 de abril de 2002 de la Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio¹¹³, en Bélgica con la Ley 16 mayo 2002 ya mencionada y en Luxemburgo con la Ley 17 de Marzo de 2009.¹¹⁴ Los países que prohíben la eutanasia pero reconocen el derecho de rechazar cuidados médicos son: Francia, Noruega, Dinamarca, Alemania, Austria, Hungría, Gran Bretaña, Italia, República Checa, España, Eslovaquia. Los Países que prohíben toda forma de eutanasia son: Grecia, Rumania, Portugal, Polonia, Bosnia, Croacia, Serbia e Irlanda.¹¹⁵

Bélgica no firmó ni ratificó el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.3.1. Derecho a la Intimidad

La Constitución belga¹¹⁶ establece en el artículo 22 que "Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, excepto en los casos y condiciones que determine la ley".

La Ley 22 agosto de 2002 de Derechos relativos a los pacientes regula lo expuesto en el Art.78 de la Constitución. En el cap. III Art. 5 se hace referencia a los derechos del paciente en cuanto al respeto a la dignidad humana y autonomía sin distinción.

En el Art.10 se señala que el paciente tiene derecho al respeto a su intimidad y para preservarla, en la práctica para sus cuidados, exámenes y tratamientos, solo participarán las personas estrictamente necesarias. La Ley de 31 julio 1991¹¹⁷ ofrece las reglas de comunicación y protección de la confidencialidad de las informaciones médicas.

VI.2.3.2. Derecho a la Información

En Bélgica el derecho a la información viene recogido en los siguientes artículos: L111-2 del Código de Sanidad, reformado por la Ley de 4 de marzo de 2002, que dispone que cualquier persona tiene el derecho a ser informado sobre el estado de su salud. En el Art.-35,1 del Decreto de 6/9/95 (nuevo Código deontológico)¹¹⁸, se indica que se debe proporcionar una información leal, clara y apropiada sobre su estado y las investigaciones y cuidados que le van a realizar, velando por la comprensión de todo ello. La Ley 22 agosto de 2002 de Derechos relativos a los pacientes en el Art. 7-2 señala que la comunicación con el paciente debe darse en un lenguaje claro. El paciente puede pedir la información por escrito, y ésta puede ser proporcionada a la persona que el paciente designe. Todos estos datos deben constar en la historia clínica del paciente.

En el Art.7-1 se precisa el derecho a tener toda la información que le concierne sobre su salud y su evolución; y el Art. 8.2 dice que la información debe contener el objetivo, naturaleza, grado de urgencia, duración frecuencia, contraindicaciones, efectos secundarios y riesgos inherentes a la intervención, alternativas posibles...

Por su parte, la negativa a recibir información también se recoge como un derecho de los pacientes a no ser informados sobre su estado de salud, si así lo desean; el Art. 7-3 dice que la información no se dará al paciente si él así lo formuló, a menos que ello manifieste un perjuicio para su salud o se proporcionará a la persona de confianza por el designada y constará en la historia clínica del paciente.

VI.2.3.3. *Derecho a dar el Consentimiento*

La Ley 22 agosto de 2002 de Derechos relativos a los pacientes, recoge en su Art.8 el derecho a consentir libremente previa información y la obligación de hacerlo de forma expresa. En determinados casos está fijado que se realice por escrito y debe adjuntarse a su historial. En el Art. 8.4 se recoge la revocación del consentimiento y su reflejo, igualmente, en la historia clínica.

En el cap. IV se trata el consentimiento por representación. Así, el Art.12.1 y el Art.12.2 indican que si el paciente es menor, los derechos fijados en la presente ley serán ejercidos por sus padres o tutores y siempre velando por sus intereses.

En el Art. 14.2 se recoge que el paciente puede designar a un mandatario, por escrito específico y firmado para la expresión de su consentimiento. Este mandato puede ser revocado. Si no se ha designado a alguien o si la persona designada no interviene, los derechos son ejercitados por la persona con la que convive el paciente, o por su pareja legal o de hecho. Si no, por un hijo mayor, padres, hermano o hermana mayor y en su defecto por un comité pluridisciplinar que velará por los intereses del paciente.

El Art. 16 -3, 2 del Código Civil¹¹⁹ dispone que el consentimiento del interesado deba ser recogido en el caso de ser necesaria una intervención en la que el mismo no pueda consentir.

VI.2.4. BULGARIA

En Bulgaria encontramos disposiciones como la Ley de Salud, que entró en vigor el 1 de enero de 2005 ¹²⁰(LAW OF HEALTH Prom. SG. 70/10 Aug 2004, amend. SG. 46/3 Jun 2005, amend. SG. 76/20 Sep 2005, amend. SG. 85/25 Oct 2005, amend. SG. 88/4 Nov 2005, amend. SG. 94/25 nov. 2005) donde, desde el Art. 84 al 98, están regulados los derechos de los pacientes. En el Art. 87 el consentimiento informado y en el Art. 88 el derecho a la información. La Ley promulgada en State Gazette, No 22/14 March 2006, amended SG, No 48/13 June 2006, que entró en vigor el 1 de mayo de 2006¹²¹ y La Ley para los Centros al cuidado de la salud que entró en vigor el 1 de enero de 2006.¹²²

Además de estos actos legislativos, los derechos de los pacientes tienen referencia en una serie de reglamentos y decretos, aprobados por el gobierno.

Los Códigos de ética médica y de las asociaciones dentales, directa o indirectamente, tutelan los derechos de los pacientes.

Hay dos proyectos de ley para los derechos de los pacientes y obligaciones, que se introdujeron en el Parlamento búlgaro (Proyecto de ley N ° 554-01-19 presentados por el Sr. R. Gaidarski y un Proyecto de Ley N ° 554-01-37 presentado por el Sr. A. Shterev). Estos dos proyectos de ley discuten en detalle los derechos y obligaciones de los ciudadanos con respecto a la atención de la salud. Con la aprobación de una ley sobre los derechos de los pacientes, será más fácil para los ciudadanos reconocer, comprender y proteger sus derechos como pacientes.

Centrándonos en la Ley de Salud de 2005, en el Cap. III, sección II, Art.84 al 98 se regulan los Derechos y obligaciones del paciente y el conocimiento de los mismos. En los artículos 84 y 85 se define como paciente a la persona que ha requerido o ha recibido atención médica y es registrado como tal, con su consentimiento informado, excepto en los casos detallados en ley.

Se protegen derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y religiosos, desde la salvaguarda de la alta calidad de la asistencia sanitaria y el derecho al informe médico sobre su diagnóstico, hasta concretamente, el tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Asimismo se protege el derecho a la remuneración en los días que el paciente esté impedido para trabajar.

En relación a enfermedades incurables con pronóstico desfavorable, el paciente tendrá derecho a cuidados paliativos. El objetivo de los cuidados paliativos será mantener la calidad de vida con la reducción o eliminación de algunas actuaciones de la enfermedad, así como de los efectos psicológicos y sociales desfavorables relacionados con ella. En el territorio de la República de Bulgaria, no se aplica la eutanasia.

Se recalca que en la valoración del paciente no pueden influir de forma discriminatoria las razones de raza sexo, educación o cultura.

Bulgaria firmo el Convenio de Oviedo el 31 de abril de 2001 y lo ratificó el 23 de abril de 2003.

VI.2.4.1. Derecho a la Intimidad

Está expresamente protegido por la Constitución de Bulgaria¹²³. De conformidad con el artículo 32 (1) la privacidad de los ciudadanos es inviolable.

La Ley de Salud de 2005, protege el Derecho a la Intimidad, con referencia expresa a la protección de los datos referidos a la salud. También la ley de protección de datos ampara este derecho.

El Código de Ética Profesional¹²⁴ dispone expresamente que el médico debe reconocer y proteger los derechos de los pacientes, señalados en la Declaración de la Asociación Médica Mundial y está obligado a respetar la dignidad humana.

VI.2.4.2. Derecho a la Información y derecho a dar el Consentimiento

Respecto al derecho a la información, el paciente tiene derecho a la claridad y accesibilidad a la información sobre su estado de salud y los métodos de su tratamiento. En el Art. 87 de la Ley de Salud, se recoge que las actividades médicas se realizarán después de que el paciente exprese su consentimiento informado. Si es menor o padece limitación, será necesario, además de su informe consentido, el de su padre o tutor. Si es menor o incapaz judicialmente, el consentimiento será expresado por su padre o tutor en los casos previstos en la ley.

Para las personas con desordenas psíquicos o incapaces judicialmente la persona será la que marca el Art.162. 3. de la misma ley, el director del centro psiquiátrico.

Para la obtención del consentimiento informado, (Art.88) el médico responsable notificará al paciente, padres, tutor o fiduciario: el diagnóstico y carácter de la enfermedad, la descripción propósito y naturaleza del tratamiento, alternativas razonables, resultados esperados y pronóstico. Los riesgos potenciales asociados al diagnóstico, incluyendo los efectos no deseados, reacciones, molestias y otros efectos secundarios y la probabilidad de resultados favorables, los efectos de aplicar otros métodos o de rechazo al tratamiento.

La información médica deberá facilitarse al paciente, respectivamente a sus familiares, o tutor o fiduciario y a las personas designadas en el Art.162, de forma apropiada, dando oportunidad para escoger libremente el tratamiento.

Según el Art. 89, en intervenciones bajo anestesia general, de carácter invasivo o métodos terapéuticos que incrementen el riesgo para la vida o la salud del paciente o temporalmente puedan provocar la pérdida de conciencia, la información del Art. 88 y el consentimiento informado será concedida en forma escrita.

Respecto a las excepciones al consentimiento, las intervenciones referidas se pueden realizar sin ese requisito, cuando peligre su vida, su estado físico o psíquico no permitan expresar su consentimiento informado, o si fuera imposible la obtención del consentimiento por parte de los familiares, tutor o fiduciario o de las personas del Art.162 para los casos que la ley lo requiere.

Para personas con desórdenes psíquicos o inestabilidad para prestar el consentimiento, se obtendría el permiso de la comisión médica y posteriormente de los representantes legales o del director del establecimiento médico donde no haya creada una comisión.

El Art. 90 señala que el paciente, respectivamente sus padres, tutor, fiduciario o las personas designadas en el Art. 162 pueden en cualquier momento, rechazar el cuidado médico o la continuación de la actividad médica iniciada.

La revocación será certificada en documentación médica con la firma de la persona. Si la persona, sus padres, tutor o fiduciario o las designadas en el Art.162, carecen de capacidad que proporcione validez a este acto, entonces será certificado con la firma del médico y un testigo.

En los casos de rechazo antes expuestos, cuando la vida del paciente está en peligro, el director del establecimiento médico puede tomar la decisión de llevar a cabo el tratamiento para salvar su vida. Los cuidados médicos en contra de la voluntad del paciente pueden ser dados, solo en los casos determinados por ley (Art.91).

En el Art. 92 se dice que el médico estará obligado a informar al paciente sobre: su salud y la necesidad de tratamiento, la enfermedad cuando ha requerido cuidado sanitario y su pronóstico, la planificación profiláctica, los cuidados y actividades de rehabilitación y los riesgos asociados a ellos, el diagnóstico y los tratamientos alternativos y, el nombre, cargo y especialidad de las personas que participan en el diagnóstico y proceso curativo.

El acceso del paciente a la información sobre la salud puede ser rechazada por él por escrito. Esto se reflejará en la documentación del paciente, también en forma escrita.

VI.2.5. CHIPRE

Entre los años 2001-2002, el Ministerio de Salud de Chipre, regula una serie de materias en relación a la salud alimentaria, farmacéutica, cosmética y de sustancias prohibidas, armonizadas con la Legislación Europea y, el 7 de enero de 2005 se promulga la Ley de Derechos de los Pacientes.¹²⁵

La protección de los derechos del paciente, es un factor esencial a la hora de mantener el nivel de atención sanitaria. Con la publicación en 2008, de un monográfico de los derechos de los pacientes de una extensión de 14 páginas,¹²⁶ el Ministerio de Sanidad quiere informar a ciudadanos y pacientes, entre otras cosas, sobre sus derechos, en lo referente a los servicios sanitarios, tanto públicos como privados.

La Legislación chipriota recoge especialmente la preocupación por el sistema sanitario, su evolución e integración europea y sobre todo, tiene en cuenta la fluctuación de la población y la necesidad de ser atendidos por el sistema sanitario, de acuerdo a unos requisitos y con unos controles que garanticen la libre circulación de los ciudadanos, preservando la salud de la población en general. Todo ello favorece también la libre circulación de profesionales de la salud: médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos así como el reconocimiento de los derechos de los pacientes.

Se fomenta la cooperación y coordinación con Agencias tales como Los Servicios Legales de la República o el EU delegation to Cyprus and the Planning Bureau (que es la principal oficina de coordinación para la adhesión de Chipre a la Unión Europea). y la trasposición de la Legislación comunitaria deontológica a la de Chipre.

Bajo la regulación de la UE las personas de otros estados miembros, pueden acudir al sistema sanitario de Chipre en igualdad a un ciudadano de la república.

Para obtener la atención sanitaria se debe tener una tarjeta con la forma necesaria o la tarjeta EHIC de tu propio estado miembro de la Unión. En relación a la tarjeta de que se dispone, se tienen como paciente, una serie de derechos:

- E-1 -11 ó EHIC. Con esta tarjeta se tiene derecho a cualquier tratamiento médico que se necesite durante la estancia en Chipre.
- E-106, E109, E121. En este caso es necesario, al llegar al país, registrarse en el Ministerio de salud donde facilitan el documento adecuado para recibir asistencia sanitaria. Si se es pensionista, hay que aportar la documentación que lo acredite.

- E-123 Limita la atención médica a daños por enfermedad ocupacional o accidente laboral, para cualquier otra condición se debe tener otra tarjeta.

Según el Dr. A. Polinikis¹²⁷, el Sistema de Salud cumple expectativas muy amplias entre la asistencia sanitaria médica y farmacéutica, hasta amplia cobertura en educación para la salud, lo que le lleva a decir que no se sabe donde comienza y donde termina. Se incluyen todas las actividades cuya principal tarea es promover, restaurar y preservar la vida, con prestaciones que van desde disminuir el dolor, aplicar tratamientos para una enfermedad y sus consecuencias psicológicas, hasta pautas de nutrición o dietéticas, cómo criar a los hijos o los riesgos en las conductas o comportamientos sexuales, todos ellos temas que directamente influyen en la salud de una comunidad.

Normalmente el público que entra en contacto con el sistema de salud como paciente solo lo hace dos veces de media al año. Pero el Sistema Sanitario no solo tiene la responsabilidad del desarrollo de la salud individual, sino también de protegerla en contra del daño a su dignidad.

El Sistema sanitario tiene como objetivo el logro de cuatro objetivos principales: mejorar la salud de la población, responder a las demandas de los ciudadano en materia sanitaria, proporcionar ayuda financiera a los ciudadanos para los gastos sanitarios y tratar la enfermedad siempre con cuidado médico y farmacéutico.

El Ministerio de Salud de la República de Chipre, participa en la preocupación sanitaria de la población en referencia a enfermedades como la gripe aviar, la hepatitis, el SIDA, infecciones hospitalarias, meningitis, gripe estacional, con la conexión a la red para la vigilancia y control de enfermedades contagiosas. Al igual que los problemas de prevención en colegios para la detección y cuidado tanto de enfermedades físicas como mentales.

Chipre firmó el Convenio de Oviedo el 30 de septiembre de 1998 y lo ratificó el 20 de marzo de 2002.

VI.2.5.1. Derecho a la Intimidad

Se reconoce el respeto a la intimidad, a la vida privada al cuidado de la salud y a la dignidad.

Se observará la confidencialidad de toda información que concierne al paciente: diagnóstico, previsión tratamiento, así como la información de carácter personal aún después de su muerte. Las informaciones para investigación científica no revelarán la identidad del paciente.

La protección de la intimidad no permite revelar datos a la familia del paciente sin su consentimiento, con la excepción cuando se derivara grave peligro para otras personas o se causase serio impacto a la sociedad.

No puede haber ninguna intromisión en la vida privada y familiar del paciente, salvo con su consentimiento y si se considera necesario para su diagnóstico, tratamiento o cuidado.

La Ley de Protección de datos personales de 2001¹²⁸ pretende el uso de dichos datos para los explícitos y legítimos propósitos y no para otros que sean incompatibles con aquellos (Art. 4.b) y no disponer de ellos más tiempo del que sea necesario (4.e).

VI.2.5.2. Derecho a la Información.

Según el Notebook of rights of patients al que se refiere el Boletín de Salud de la UE N° 9 de febrero 2008¹²⁹, toda persona tiene derecho a ser informado como paciente, de los derechos proporcionados por los servicios sanitarios. Solo en casos excepcionales se reservará la información, como en el caso de que esta pueda causar riesgo o daño serio a la salud del paciente.

La información debe ser proporcionada de forma comprensible con la menor terminología técnica y durante el tiempo que requiera el paciente para su perfecto entendimiento.

El paciente tendrá derecho a la información médica completa. Esto incluye el diagnóstico, y, si es posible, su pronóstico.

VI.2.5.3. Derecho a dar el Consentimiento

De conformidad con el artículo 11 de la Ley de Derechos de los Pacientes de 2005, un requisito previo para la prestación de la atención de la salud es el consentimiento del paciente, dado después de completar la información médica, "*Hay que prestarlo antes de someterse a cualquier prueba, experimento o investigación científica*".

La opinión del menor es tomada en cuenta dependiendo de la edad y del grado de madurez.

VI.2.6. DINAMARCA.

En Dinamarca las Leyes de referencia son: la Act-Law No 546 de 24 junio 2005¹³⁰ que entró en vigor el 1 de enero de 2007 y el Act. No. 429 de 10/06/2003¹³¹ que entró en vigor el 1 de enero de 2004, cuyos objetivos son mejorar la seguridad del paciente dentro del sistema médico danés mediante el examen, el diagnóstico, el tratamiento clínico, la rehabilitación, la asistencia médica de especialista y medidas de asistencia médica profilácticas en relación con el paciente.

En referencia a las pruebas genéticas, no están específicamente reglamentadas en Dinamarca, se pueden realizar siempre que se cumpla la Ley sobre los derechos de los enfermos (Lov om patienters retsstilling) de 1998¹³² y la Ley sobre la actividad médica (Lov om udøvelse af lægegerning) de 2001.¹³³

Dinamarca firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 10 de agosto de 1999.

VI.2.6.1. Derecho a la Intimidad.

No hay protección del derecho a la Privacidad en la Constitución danesa¹³⁴. Hay una previsión en el artículo 72 que protege el secreto de la comunicación y el correo.

Sí está protegido en el Código Criminal, cap. 27,¹³⁵ que ofrece protección de la privacidad en relación al descubrimiento de la información privada (sección 264).

En el Art.7, sec.1 of the Act of processing Data, 31 May 2002¹³⁶ se prohíbe el proceso de datos personales concernientes a la salud.

En el Derecho al acceso y a recibir una copia. Sec.1 Art.31, se informa sobre el proceso de datos, donde están siendo procesados, el propósito del proceso, la categoría de los datos y la información disponible en cuanto a la fuente de tales datos.

En el Art.40 sección 1, se recoge el derecho a la Confidencialidad de los datos relativos a la salud y en el Art.41, sección 2, se permite la transferencia de información confidencial a compañeros o a otro trabajador de la salud sin el consentimiento del paciente cuando: sea necesario para el tratamiento actual del paciente; la transferencia contenga una carta de un doctor de un hospital a uno privado; la transferencia sea necesaria para la salvaguarda de un interés general, obvio, sustancial respecto al paciente y la expedición es realizada al médico general de pacientes por un doctor que actúa de parte del antiguo.

En el Art.41 sección 3, el paciente puede oponerse a la transferencia de información en los casos 1 y 2.

Normalmente el paciente no se opone a que los profesionales de la salud implicados en su tratamiento y cuidado reciban información necesaria. Sin embargo hay desacuerdo sobre quienes serían los profesionales que están legitimados para recibir la información.

En Dinamarca según la enmienda de 1997 a la Ley Danesa sobre contratos de seguro (Lov om forsikringsaftaler) de 1986¹³⁷ no se permite a las compañías de seguros pedir o utilizar informaciones sobre los genes de una persona o la probabilidad de ésta de contraer enfermedades. Se permite que las compañías de seguros tengan acceso a informaciones sobre la salud presente y pasada de una persona y les está igualmente permitido indagar sobre la salud presente y pasada de miembros de la familia.

VI.2.6.2. Derecho a la Información y Derecho a dar el Consentimiento

La Ley danesa no regula el derecho a la información sobre la salud como un derecho separado y existe una cláusula donde explícitamente se declara el derecho de los pacientes a no ser informados sobre su estado.

El derecho a la información está recogido en de la ley de 2005, como parte del derecho al consentimiento informado. Aunque esta es la ley de referencia, la mayoría de las previsiones están incluidas en la Lov om patienters retsstilling de 1998.

En realidad, la Ley de 2005 sobre la Salud establece en la sección 1 del Art.15, que ningún tratamiento puede ser iniciado o continuado sin el consentimiento informado del paciente, salvo que sea establecido por la ley o el reglamento. El consentimiento informado es "*el consentimiento otorgado sobre la base de la información pertinente proporcionada por una persona de la atención de la salud*". Para ser válido el consentimiento debe ser dado en realidad para un tratamiento específico. No es posible dar un consentimiento válido por adelantado que incluya todas las situaciones.

Hay solo unos pocos cambios a esta ley. El más importante es la modificación que permitía informar al médico de cabecera del paciente sobre el tratamiento dado por el hospital, sin el explícito consentimiento del paciente.

En el Art.16 de la Ley de 2005, sección primera se señala que el paciente tiene derecho a recibir información de su estado de salud y las opciones de tratamiento incluyendo los riesgos, complicaciones y efectos colaterales.

En la sección tercera se recoge que la información debe ser dada continuamente y de forma comprensible y adaptada a la capacidad individual del paciente con respecto a su edad, madurez y experiencia, además la información debe ser más comprensible cuantos más riesgos y efectos secundarios tenga el tratamiento.

El médico está obligado a proporcionar información aunque el paciente explícitamente no la haya solicitado y aunque no quiera ser informado, el médico debe explicar los aspectos más importantes.

En la sección segunda del Art.16 se prevé el derecho del paciente a declinar la información. Aunque el paciente no esté informado, el consentimiento es legalmente válido.

En casos especiales, la información médica de un enfermo puede ser transmitida a las autoridades, a organizaciones, a personas privadas, etc. sin consentimiento del enfermo. Esto puede ocurrir en el caso de que así lo estimen oportuno las autoridades sociales.

En el Art.19 se establece que si el paciente está temporalmente incapacitado para dar el consentimiento o es menor de quince años y el tratamiento es esencial para su vida, se puede iniciar el tratamiento sin consentimiento.

Según la sección primera del Art. 26 de la Ley de 2005: "*La persona con más de 18 años y no sometida a custodia puede establecer el testamento vital, rehusando la prolongación de la vida en situaciones terminales o cuando como consecuencia de enfermedad o accidente no es capaz de tomar decisiones por no estar física o mentalmente capaz.*"

El paciente que ha alcanzado los quince años puede dar consentimiento informado al tratamiento. Los tutores deben ser informados también y ser incluidos en la decisión del menor. Como regla general se consideran capaces a los quince años. Hasta los dieciocho años los padres también deben ser informados. En estas edades, 15-17 años, los menores tienen la última palabra, si los padres no están de acuerdo.

Para participar en investigaciones científicas no pueden ser menores de dieciocho años.

VI.2.7. ESLOVAQUIA

La actual normativa eslovaca sobre Derechos de los Pacientes se recoge en la Ley 576/2004 C.L (Código de Leyes), de cuidados sanitarios y de servicios relacionados con prestación de cuidados sanitarios¹³⁸. Entre otros derechos, reconoce el de ser atendido en el plazo de tiempo más corto posible; en situaciones de urgencia, en menos de 15 minutos; listas de espera controladas; personal sanitario en proceso de formación continuada; no sufrir daño por omisión de cuidados o errores; innovación en los métodos; actuación según *lex artis* y protocolos terapéuticos según catálogo de acciones; derecho a prevenir el sufrimiento y el dolor y a quejarse si han sufrido un daño y a la compensación de sus perjuicios.

Eslovaquia firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 15 de enero de 1999.

VI.2.7.1. Derecho a la Intimidad

Existe el derecho general a que los datos personales y de salud sean confidenciales y protegidos por el secreto profesional y a que se proteja la intimidad en todo el proceso asistencial. Se reconoce el derecho a la protección de la dignidad de la persona, su integridad psicofísica y el derecho a un trato humano y ético. Para ello la documentación clínica estará debidamente custodiada y el acceso a la misma reglamentado.

El tratamiento de los datos personales y la protección de los derechos de los titulares de los datos se rigen por la Ley N ° 428/2002 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal¹³⁹.

La Constitución eslovaca¹⁴⁰ establece que el derecho de toda persona a la integridad y la privacidad estará garantizado. La privacidad y el secreto de los datos personales del paciente y cualquier dato relacionado con su estado de salud, es una de las condiciones previas básicas para la prestación de la atención de la salud. Sin embargo, la Ley de Salud no prevé el derecho a la intimidad o el derecho a la protección de la vida privada como paciente, pero sí garantiza el derecho al secreto profesional como un derecho del paciente.

VI.2.7.2. Derecho a la Información y Derecho a dar el Consentimiento

El derecho a la información, además de lo relativo al propio estado de salud, (Art.11.ap.8 de la Ley de cuidados sanitarios) se extiende a conocer los servicios y prestaciones a los que se puede acceder en materia sanitaria.

La ley reconoce el derecho a dar un consentimiento informado para los cuidados sanitarios, considerándolo uno de los derechos básicos; y a acceder a la propia documentación sanitaria (Art.25). El consentimiento informado debe ser dado por el paciente y en el caso de incapacidad por su representante legal.

Puesto que el consentimiento requiere para su validez de una información previa y suficiente para que el paciente pueda hacer una elección adecuada para sí mismo, en el primer artículo se recoge el respeto a ambos derechos, indicando como principio la obligación de informar. Sobre el contenido de la información consta, su intención, naturaleza, consecuencias y riesgos; así como los riesgos en caso de rechazo, y se insiste en la posibilidad que tiene el paciente de elegir.

Respecto a las personas que carecen de capacidad para decidir y a los menores, la ley señala que esta información la reciba su representante legal, indicando que, de forma adecuada, se informe también a la persona afectada.

La información será comprensible y se proporcionará con tiempo suficiente para la reflexión. En el caso de que el paciente rechace recibir información, se dejará constancia escrita de esta elección.

Cuando está constatado que se ha transmitido la información y el paciente se presta al cuidado sanitario, se da por demostrada su conformidad.

El paciente que presta el consentimiento tiene también la potestad de revocarlo.

Contra el principio general de necesidad de consentimiento se exceptúan: el cuidado inaplazable (situación de urgencia vital); el tratamiento protector para el paciente (por orden judicial); y el internamiento, cuando el paciente padece una enfermedad infecciosa que pone en peligro la salud colectiva o, cuando el paciente padece una enfermedad mental que puede empeorar, o con peligro para sí mismo o los que le rodean.

Deberá quedar por escrito en la documentación sanitaria: la manera de informar, el contenido de la información, el rechazo, el consentimiento informado y la revocación del consentimiento.

Cuando es el representante legal el que presta el consentimiento, también quedará por escrito la opinión de la persona representada. Ante un paciente incapacitado para dar el consentimiento, y la negativa del representante legal a darlo, si se considera que el cuidado sanitario es beneficioso para el paciente, se recurrirá al Juez que será el que dé o no el consentimiento suplantando al representante legal; hasta que esto no ocurra, el médico sólo prestará cuidados de mantenimiento vital.

VI.2.8. ESLOVENIA

La Ley de Derechos de los Pacientes de 29 de enero de 2008¹⁴¹, se ratificó el 26 de febrero de 2008 y se aplicó en la práctica el 26 de agosto de 2008. En ella se establecen los derechos del paciente, como usuario de los servicios de salud, en relación con todos los proveedores de dichos servicios, los procedimientos para hacer valer estos derechos cuando son violados y las obligaciones derivadas de estos derechos.

Eslovenia firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 5 de noviembre de 1998.

VI.2.8.1. Derecho a la Intimidad

Los profesionales de la medicina y todos los demás funcionarios que se ocupan de estos datos están obligados a mantener el secreto profesional.

El paciente tiene derecho a que sus datos personales se mantengan de forma confidencial, lo que incluye datos acerca de las visitas al médico y otros detalles de su tratamiento.

El derecho a la intimidad goza de protección constitucional en el sistema jurídico esloveno. La Constitución de la República de Eslovenia¹⁴² garantiza la inviolabilidad de la integridad física y mental de cada persona, su intimidad y los derechos de la personalidad.

El tratamiento de los datos relativos a la salud se rige por la Ley de Protección de Datos¹⁴³.

VI.2.8.2. Derecho a la Información

El paciente tiene el derecho a ser informado de su situación médica, del curso probable y las consecuencias de la enfermedad o lesión, de la finalidad, el tipo, la forma de aplicación, la probabilidad de éxito y los beneficios esperados y los resultados de la propuesta del tratamiento. El médico, además, debe informar al paciente sobre los riesgos potenciales, los efectos secundarios, consecuencias negativas y otros inconvenientes del tratamiento. El paciente también tiene derecho a la información sobre posibles tratamientos alternativos, así como los procedimientos y los métodos de tratamiento que no están disponibles en la República de Eslovenia o no entran en el ámbito de aplicación de los derechos de seguro de salud obligatorio.

VI.2.8.3. Derecho a dar el Consentimiento.

Se basa en el resumen general y las disposiciones de la Constitución de Eslovenia que determinan el derecho a la dignidad personal y la inviolabilidad de la persona, de la integridad física y mental y los derechos de la personalidad. El principio fundamental es que cualquier procedimiento médico requiere el consentimiento del paciente.

La cirugía u otro tratamiento médico, asociado a un mayor riesgo, requieren el consentimiento escrito por parte del paciente en un formulario especial.

El paciente tiene derecho a decidir libremente sobre su integridad física y mental y su vida privada y los derechos de la personalidad. Esto significa que puede aceptar libremente y rechazar también, la asistencia médica, sin especificar una razón. El paciente puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

El menor de 15 años, generalmente no es capaz de dar su consentimiento informado, a menos que el médico evalúe de otra forma sobre la base de la madurez del niño.

La ley también establece que un niño de más de 15 años de edad es capaz de dar su consentimiento informado, a menos que su médico disponga otra cosa.

VI.2.9. ESTONIA

La práctica médica en Estonia ha sido objeto de una amplia regulación jurídica. Los principios del consentimiento informado, responsabilidad profesional etc., se han introducido en la legislación en los últimos años y con gran oposición por parte de los médicos que estaban acostumbrados al concepto de beneficencia que regía en la medicina soviética. En realidad, los derechos y obligaciones de los pacientes se establecen en la Ley de Obligaciones de 2001¹⁴⁴, que entró en vigor el 1 de julio de 2002. Y concede el paciente derechos claramente definidos.

Estonia firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 8 de febrero de 2002.

VI.2.9.1. Derecho a la Intimidad

La obligación de respetar el secreto médico se establece en el Código Penal¹⁴⁵. La Ley de Obligaciones de 2001 contiene la obligación de respetar la confidencialidad, señalando que los proveedores de servicios de atención de salud y las personas que participan en la prestación de los servicios de salud, deberán mantener la confidencialidad de la información relativa a la identidad de los pacientes y su estado de salud, que se ha dado a conocer en el ejercicio de la prestación de los servicios de atención de la salud o el desempeño de sus funciones oficiales y se asegurarán de que la información contenida en el archivo médico no se dé a conocer a otras personas, a menos que estén prescritas por la ley o por acuerdo con el paciente.

La presencia de otra persona durante la prestación de los servicios de salud sólo se permite con el consentimiento del paciente, a menos que sea imposible ofrecer los servicios de salud sin la presencia de la otra persona.

El tratamiento de los datos de carácter personal está regulado por la Ley de Protección de datos personales, Ley de 12 de febrero de 2003¹⁴⁶. Los datos personales sólo podrán ser tratados con el permiso del titular de los datos.

Las provisiones de la Protección de los Datos Personales (RT 1996, 48, 944; 1998, 59, 941; 111, 1833; 2000, 50, 317; 92, 597) que regula el tratamiento de datos personales, juntos con los datos específicos previstos en esta ley, se aplican a la toma de muestras de tejido, preparación de las descripciones de estado de salud, codificación, descifre, y el mantenimiento de bases de datos por el procesador principal. Se deben tratar los datos personales para el desarrollo y la puesta en práctica de la salud nacional y la política de asistencia médica conforme a la Ley de Protección de datos personales (RT I 1996, 48, 944; 1998, 59, 941; 111, 1833; 2000, 50, 317; 92, 597; 104, 685; 2001, 50, 283; 2002, 61, 375; 63, 387) and the Databases Act (RT I 1997, 28, 423; 1998, 36/37, 552; 1999, 10, 155; 2000, 50, 317; 57, 373; 92, 597; 2001, 7, 17; 17, 77; 24, 133; 2002, 61, 375; 63, 387; 2003, 18, 107).(20.03.2002 entered into force 18.04.2002 - RT I 2002, 32, 187).

La identidad de un donante de material genético permanecerá secreta después de la codificación.

VI.2.9.2. Derecho a la Información

La Ley estona no regula el derecho a la información sobre la salud como un derecho aislado. El derecho a recibir información sobre el estado de salud se menciona en la Ley de Obligaciones de 2001, como parte del derecho al consentimiento informado.

VI.2.9.3. Derecho a dar el Consentimiento

La Ley estona prevé expresamente el requisito del consentimiento informado. Un paciente puede ser examinado y recibir los servicios de salud, sólo con su consentimiento.

El médico tiene que informar al paciente de los resultados de su examen médico, del estado de su salud, de las posibles enfermedades y su desarrollo, de la naturaleza y el propósito de la atención de la salud, de los servicios prestados, de los riesgos y las consecuencias asociadas con la prestación de esos servicios sanitarios y de otra información disponible y necesaria para la atención de la salud. Él médico no puede prometer que un paciente se recuperará o que una operación sea un éxito. Un paciente tiene que ser informado antes de la prestación del servicio a fin de que tenga suficiente tiempo para su decisión.

El médico puede pedir que se confirme el consentimiento por escrito. Además el Reglamento N ° 144 sobre Requisitos de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud¹⁴⁷ requiere que el consentimiento del paciente, en caso de los procedimientos que puedan implicar riesgos, tiene que ser documentado y firmado por el paciente o la persona que lo represente y tiene que ser preservado junto con la tarjeta sanitaria o el historial médico del paciente.

Si un paciente está inconsciente o es incapaz de ejercer su voluntad por cualquier razón y no tiene representante legal o éste no puede ser localizado, está permitida la prestación de los servicios de salud sin su consentimiento, siempre a su favor, y si como consecuencia de la falta de atención se pusiera en peligro la vida del paciente o significara un riesgo para la salud. Un paciente podrá revocar su consentimiento en un plazo de tiempo razonable después de la concesión de la autorización. A petición de un proveedor de servicios de atención médica, la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito.

Con respecto a la situación jurídica de los menores en relación con la prestación de la atención de la salud, la legislación estona establece que en el caso de un paciente con limitada capacidad jurídica activa, el representante legal del paciente tiene el derecho a prestar el consentimiento informado en la medida en que el paciente es incapaz de considerar los pros y los contras responsablemente.

No hay ninguna regulación en la legislación estona sobre la toma de decisiones para adultos incapacitados. La práctica varía mucho: la mayoría de las veces el médico toma la decisión en nombre del paciente o en casos más raros lo hace un familiar del paciente.

VI.2.10. FINLANDIA.

El marco regulador lo encontramos en la Ley sobre la condición y los derechos de los pacientes (Act on the Status and Rights of Patients No.785, de 17 de agosto de 1992, modificado en 1999) que entró en vigor el 1 de marzo de 2005¹⁴⁸. Otras leyes importantes son la Ley sobre la Condición y los derechos de los clientes de Bienestar Social (núm. 812/2000)¹⁴⁹, que establece derechos muy similares, y la Ley de la Salud del Paciente (núm. 585/1986)¹⁵⁰, que se centra en la compensación financiera para los pacientes en caso de daños médicos.

La legislación finlandesa sobre los derechos de pacientes está contenida en el Acto sobre el Estado y los Derechos de los Pacientes. Esto se aplica a cada parte del sistema de asistencia médica general y a servicios de asistencia médica proporcionados en instituciones de asistencia social.

La legislación finlandesa señala que los pacientes tienen derecho a ver y corregir la información de sus historias y que los pacientes en lista de espera para tratamiento tienen derecho a conocer la razón del retraso y su duración estimada.

Los pacientes descontentos con su tratamiento también tienen derecho a presentar una demanda contra el establecimiento que proporciona dicho tratamiento médico. Debe haber un mediador, cuyo deber es informar a los pacientes de sus derechos y ayudarles, si fuera necesario, en el sometimiento de una queja, petición o reclamación para la indemnización.

El Consejo Nacional Consultivo sobre la Ética de Asistencia médica (ETENE) trata con publicaciones éticas relacionadas con la asistencia médica y el estado y los derechos de los pacientes. Este también puede tomar iniciativas y emitir opiniones consultivas y recomendaciones sobre cuestiones éticas de asistencia médica.

El paciente tiene derecho a recibir tratamiento urgente sin demora. Si la condición del paciente así lo requiere, la atención será dispensada en el plazo de tres días.

Finlandia firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 pero no lo ratificó.

VI.2.10.1. Derecho a la Intimidad

En la Sección 13 (30.6.2000/653) de la Ley sobre la condición y los derechos de los pacientes, se trata la confidencialidad de la información en documentos del paciente y señala que será confidencial.

Los profesionales de asistencia médica u otras personas que trabajan en una unidad de asistencia médica o similar, no darán la información contenida en los documentos de los pacientes a extraños sin un consentimiento escrito por el paciente.

Pueden proporcionar la información necesaria para la preparación de un examen médico y tratamiento del paciente a otra unidad o a otro profesional, y pueden dar un resumen del tratamiento proporcionado a la unidad o al profesional que mandó al paciente para el tratamiento y a un médico posiblemente designado para ser responsable del cuidado del paciente, conforme al consentimiento oral dado de su representante legal.

Pueden dar la información necesaria para proporcionar el examen y el cuidado de un paciente a otra unidad de asistencia médica finlandesa o extranjera o al profesional de asistencia médica, si el paciente, debido a la perturbación de su salud mental, no es capaz de evaluar la importancia del consentimiento y no tiene ningún representante legal, o si el paciente no puede dar el consentimiento debido a la inconsciencia.

Pueden dar la información sobre la identidad y el estado de salud de un paciente a un miembro de la familia del paciente o a otra persona cercana, si el paciente recibe el tratamiento debido a la inconsciencia o a otra razón comparable, a no ser que haya razón de creer que el paciente prohibiría esto.

La información sobre la salud y la asistencia médica que una persona difunta proveyó cuando la persona todavía vivía, puede dar un uso justificado a alguien que necesita la información para averiguar sus intereses vitales o derechos, al tiempo que la información es necesaria para aquel objetivo.

La información relativa al paciente debe ser confidencial. Los profesionales sanitarios no están obligados a proporcionar información concerniente al paciente a personas que la soliciten, sin el consentimiento escrito del paciente.

El artículo 8 de la Constitución¹⁵¹ establece que la vida privada, el honor y la casa de todas las personas deberán estar protegidos.

VI.2.10.2. Derecho a la Información.

El paciente deberá ser informado sobre su estado de salud, el tratamiento aplicado o las alternativas a dicho tratamiento y sus efectos. Sin embargo esta información no será proporcionada en contra de la voluntad del paciente o cuando resulte obvio que darla causaría un serio daño a la vida o salud del paciente. El profesional de la salud intentará dar la información de tal forma, que el paciente pueda entenderla. Si el profesional no conoce el idioma del paciente o si este tiene un hándicap sensorial o defecto del habla y no puede ser entendido, se debería proveer de un intérprete.

El paciente tiene derecho a comprobar la información en los documentos concernientes a su estado de salud y a rectificar la información si fuera necesario.

Si el paciente no es capaz de tomar una decisión en relación al tratamiento, la información necesaria para evaluar los deseos del paciente será proporcionada a los parientes.

Todos los establecimientos sanitarios tienen un mediador del paciente que informa al paciente sobre sus derechos y facilita la presentación de sus peticiones a la unidad de cuidado de salud correspondiente. Al mismo tiempo dicha unidad tiene la oportunidad de rectificar la situación sin retraso.

En lo que se refiere al derecho del paciente a comprobar los datos concernientes a su salud en documentos del paciente, serán aplicadas las provisiones de las secciones 26 a 28 de la Ley de Datos Personales (523/1999)¹⁵². Respecto al derecho del paciente al acceso a la información, se aplicarán además las provisiones de las secciones 11 y 12 de la Ley Openness of Government Activities (621/1999).¹⁵³

VI.2.10.3. Derecho a dar el Consentimiento.

Las siguientes secciones pertenecen a la Ley sobre la condición y los derechos de los pacientes:

Sección 6: tiene que haber un entendimiento mutuo entre el paciente y el profesional de la salud. El paciente al rechazar un tratamiento debe tener la opción de otro medicamento que sea aceptado por él. Si el paciente debido a un retraso o perturbación mental, no puede decidir el tratamiento, su representante legal o un miembro de su familia u otra persona cercana al paciente, tiene que ser oída antes de tomar la determinación oportuna, conforme a los intereses personales del paciente.

El consentimiento debe ser dado por el representante legal o personas cercanas, respetando los deseos expresados por el paciente previamente y, si no los había, buscando su bienestar. Si los representantes no consintieran en el tratamiento, se buscaría otra solución médica aceptable en acuerdo con quién rechazo dicho tratamiento.

Si los representantes legales u otra persona estrechamente unida al paciente discrepan sobre el cuidado o el tratamiento que se le proporcionará, el médico asistirá al paciente según sus intereses teniendo en cuenta la normativa que hace referencia a esta situación: Provisiones sobre el tratamiento dado independientemente de la voluntad del paciente que son incluidos en el Acta (1116/1990) de Salud mental¹⁵⁴; el Acta sobre el Trabajo Social (41/1986¹⁵⁵); el Acto (583/1986) de Enfermedades transmisibles¹⁵⁶ y el Acta sobre el Cuidado Especial para el discapacitado psíquicamente (519/1977)¹⁵⁷.

Sección 7: respecto a la opinión de un paciente menor sobre una medida de tratamiento, tiene que ser evaluada, si es posible, con respeto a su edad o nivel de desarrollo. Si un paciente menor, debido a su edad y nivel de desarrollo, puede decidir el tratamiento, se debe procurar su explicación de forma precisa y el acuerdo con su representante legal.

Sección 8: tratamiento de emergencia: se tiene que dar a un paciente el tratamiento necesario para evitar un riesgo que ponga en peligro su vida o salud, aún en caso de no ser posible evaluar la voluntad del paciente, debido a la inconsciencia u otra razón. Sin embargo, si el paciente anteriormente de forma categórica y competente ha expresado su voluntad en lo que concierne al tratamiento, no se debe dar si está en contra de su voluntad.

Sección 9: en cuanto al derecho a ser informado y los poderes del representante del paciente, dadas las circunstancias de los párrafos 2 y 3 de la sección 6, el representante legal del paciente, u otra persona estrechamente unida a él, tendrá derecho a recibir cualquier información en cuanto al estado de salud del paciente, que puedan requerir para permitirles expresar una opinión y dar su consentimiento (9.4.1999/489).

Sección 13 (30.6.2000/653): el acuerdo del paciente también debe ser obtenido en cuanto a las formas de tratamiento; la opinión de pacientes jóvenes debe ser tomada en cuenta si ellos han alcanzado una etapa de desarrollo en el cual son capaces de expresar una opinión. Un doctor u otro profesional evaluarán la etapa de desarrollo; el padre de un niño o el tutor no tienen derecho a rechazar el tratamiento que de no proporcionarse pondría en peligro su salud.

Las decisiones sobre los tratamientos médicos deben tomarse en acuerdo con los pacientes. Estos tienen derecho a rechazar los tratamientos. Es de suma importancia que los pacientes estén bien informados de su estado de salud, la duración y efectos del tratamiento y los posibles riesgos, factores y alternativas de dicho tratamiento.

En los casos en los que el paciente esté inconsciente y su vida o salud esté en peligro, se dará el tratamiento adecuado incluso si no es posible evaluar los deseos del paciente. Si el paciente hubiera dejado constancia de sus deseos y no hay constancia de que hubieran variado, se aplicará el tratamiento de acuerdo a ellos. En los casos que no estén claros el director médico discutirá la cuestión con los parientes cercanos al paciente.

Si el paciente no es capaz de decidir sobre su tratamiento, a causa de desordenes mentales, antes de tomar decisiones sobre su tratamiento, sus deseos deben ser conocidos por sus familiares cercanos.

En el caso de menores, es necesario valorar su edad y nivel de desarrollo. Si el menor es capaz de decidir por su edad y nivel de desarrollo, se debe proporcionar el cuidado de mutuo acuerdo. Y si el paciente es demasiado joven para expresar su opinión se dará el tratamiento de acuerdo con sus padres o tutores. Un médico u otro profesional de la salud valorarán el nivel de desarrollo del niño o del joven.

En el caso de los procedimientos de tratamiento de un menor, el hecho de que una persona haya intentado el tratamiento puede ser considerado como consentimiento del paciente. En principio, sin embargo, el consentimiento de los pacientes debe ser aclarado a través de la discusión.

VI.2.11. FRANCIA

El 22 de abril de 2005, entró en vigor la Ley N ° 2005-370 relativa a los derechos de los pacientes y el final de la vida.¹⁵⁸ Al igual que la Ley N° 2002-303 de 4 de marzo de 2002¹⁵⁹ (por la que se modifica, entre otras cosas, el Código de Salud Pública y el Código Civil), también regula los derechos de los pacientes el Code de la santé publique¹⁶⁰ (Dernière modification: 20 décembre 2008 Version en vigueur au 21 decembre 2008.)

La Carta de la persona hospitalizada, (circulaire ministérielle du 2 mars 2006)¹⁶¹ constituye una actualización de la Carta del paciente hospitalizado de 1995, realizada por la evolución de los textos legislativos, (particularmente las leyes del 4 de marzo de 2002 relativa a los derechos de los enfermos y a la calidad del sistema de salud, del 6 de agosto de 2004 relativa a la bioética, del 9 de agosto de 2004 relativa a la política de Sanidad Pública y del 22 de abril de 2005 relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida).

Francia firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997, pero no lo ratificó.

VI.2.11.1. Derecho a la Intimidad.

Este derecho está recogido y protegido en varios textos legales.

En el Art.8 de la Ley de 6 de enero de 1978 (modificada por Ley de 6 de agosto de 2004), se regula el tratamiento de los datos relacionados con la salud.¹⁶²

En el artículo 8 de la Carta de la persona hospitalizada se señala que se respetarán sus creencias, intimidad y tranquilidad. Y en el artículo 9 se garantiza a todas las personas, el respeto de la vida privada y la confidencialidad de las informaciones personales, administrativas, médicas y sociales.

El secreto médico, instituido para proteger a la persona enferma, es de obligado cumplimiento por parte del facultativo. (El secreto profesional está definido en los artículos 226-13 y 226-14 del Código Penal¹⁶³ y el derecho a la discreción profesional en el artículo 26 de la ley n ° 83-634 del 13 de julio de 1983¹⁶⁴, relativo a los derechos y las obligaciones de los funcionarios).

En estas condiciones, el médico no debe divulgar ninguna información médica a otra persona que no sea la persona enferma. No obstante, en caso de diagnóstico o en caso de pronóstico grave, y a excepción de oposición de la persona enferma, la familia y los allegados reciben las informaciones y deben poder disponer de un tiempo para tener un diálogo con los médicos responsables.

Por otro lado, en caso de fallecimiento, y salvo oposición expresada anteriormente por la persona misma, el secreto médico no pone obstáculo a la divulgación de las informaciones a herederos, cuando son necesarias para el conocimiento de las causas de la muerte, para la defensa de la memoria del difunto o para hacer valer sus derechos.

No obstante, las informaciones de carácter médico, en la medida en que son útiles para la continuidad de los cuidados, son confiadas por la persona hospitalizada al conjunto del equipo de cuidados que de ella se hace cargo.

La persona hospitalizada puede recibir en su habitación las visitas de su elección, respetando la intimidad y el descanso de otras personas hospitalizadas. Tiene derecho al carácter confidencial de su correo, de sus conferencias telefónicas, de sus conversaciones con visitas y con los profesionales de la salud.

Una persona hospitalizada puede negar toda visita y pedir que su presencia no sea divulgada.

La persona hospitalizada puede, en la medida del respeto de otros pacientes y del espacio de su habitación, aportar efectos personales.

El régimen de responsabilidad, en caso de pérdida, robo, o deterioro de estos objetos así como de objetos autorizados a ser depositados, es definido por la Ley n ° 92-614 del 6 de julio de 1992 y sus textos de aplicación (cf. artículo L.1113-1 en L.1113-10 y R.1113-1 en R.1113-9 del Code de la santé publique).¹⁶⁵

Todo niño hospitalizado en un servicio de pediatría debe poder gozar de la visita de su padre, de su madre o de la persona que habitualmente se ocupa de él, cualquiera que sea la hora, incluso por la noche.

En el Art. L 1110-4 del Code de la Santé Publique, se recoge que toda persona bajo el cargo de un profesional, un establecimiento, una red de salud u otro organismo participante en la prevención y en los cuidados de la salud, tiene derecho al respeto de su vida privada y al secreto de las informaciones que le conciernan.

Con el fin de garantizar el carácter confidencial de las informaciones médicas mencionadas, así como su conservación sobre soporte informático y su transmisión por vía electrónica entre profesionales, estarán sometidas a reglas definidas por decreto, en Consejo de Estado, ante opinión pública y motivada por la Comisión nacional de informática y libertades. Este decreto determina los casos donde la utilización de la carta profesional de salud mencionada, en el artículo L. 161-33 del Código de la Seguridad Social,¹⁶⁶ es obligatoria.

VI.2.11.2. Derecho a la Información

En el Art. L.1111-2 del Código de la Santé Publique se estipula que toda persona tiene derecho a ser informado sobre su condición médica. Este derecho sólo existe en relación con el derecho a dar su consentimiento informado. En el Art. L.1111-2, párrafo cuarto, se reconoce el derecho a no saber: "*la voluntad del paciente a no saber un diagnóstico o un pronóstico debe ser respetada, salvo cuando terceros puedan estar expuestos a un riesgo de infección*".

Los derechos de los menores o de los mayores bajo tutela son ejercidos, según los casos, por los titulares de la autoridad paterna o por el tutor. Éstos recogen la información, a reserva de las disposiciones del artículo L.-1111-5. Los interesados tienen derecho a recibir información y a participar en la toma de decisiones que les conciernen, de una manera adaptada a su grado de madurez, si se trata de menores, o a sus facultades de discernimiento, si se tratan de mayores bajo tutela.

El Art. 35 del Código Deontológico¹⁶⁷ reconoce explícitamente la posibilidad de la excepción terapéutica en interés del paciente y debido a razones legítimas decididas por el médico, un paciente puede quedar en la ignorancia acerca de un grave diagnóstico o pronóstico, salvo cuando por su trastorno, terceros están expuestos a un riesgo de infección. Un pronóstico fatal deberá ser comunicado con circunspección al paciente.

El artículo 10 de la Carta de la Persona hospitalizada dispone que la persona hospitalizada o sus representantes legales tengan un acceso directo a las informaciones de salud que le incumban. Sus herederos en caso de fallecimiento gozan bajo ciertas condiciones, del mismo derecho.

La información al paciente debe ser accesible y leal. La persona hospitalizada participará en las elecciones terapéuticas que le conciernen. Puede hacerse asistir por una persona de confianza a la que escoge libremente.

Los establecimientos deben velar para que la información médica y social de las personas hospitalizadas sea asegurada y que los medios puestos en ejecución sean adaptados a las dificultades eventuales de comunicación o de comprensión de los pacientes, con el fin de garantizar la igualdad de acceso a la información.

Le corresponde al establecimiento y a los profesionales de salud aportar la prueba de que la información ha sido dada al interesado.

El médico debe responder con tacto y de un modo adaptado a las cuestiones que le son expuestas.

La información se basa en las investigaciones, tratamientos o acciones de prevenciones propuestas, así como en sus alternativas eventuales. En el caso de dar una información difícil, el médico puede, en la medida de lo posible, proponer un sostén psicológico.

En caso de que las informaciones médicas que hay que proporcionar dependan en parte de la competencia de otros profesionales de salud, les señalará a los profesionales a quienes es deseable que se dirija para obtener una información médica completa.

En caso de que la persona enferma no se encuentre en situación de expresar su voluntad, la persona de confianza también debe gozar de una información suficiente para poder dar válidamente su opinión.

Únicamente la imposibilidad, la urgencia o la voluntad de la persona enferma de no saber, pueden dispensar al médico de informar a ésta.

VI.2.11.3. Derecho a dar el Consentimiento

Varias disposiciones legales protegen la integridad física del paciente y su derecho al consentimiento informado. En el Art. 16-1 del Código Civil¹⁶⁸ se reconoce a toda persona el derecho al respeto de su cuerpo y lo declara inviolable. Según el Art. 16-3 la violación de la integridad del cuerpo humano sólo es posible cuando hay una necesidad médica para la persona interesada o, excepcionalmente, en la necesidad terapéutica de otra persona. En el mismo artículo se exige el anterior consentimiento de la persona interesada, excepto cuando su situación hace que una intervención médica sea necesaria y no es capaz de dar su consentimiento. El Art. 11 de la Ley de los derechos del paciente de 2002¹⁶⁹ ha incluido una serie de disposiciones en el Code de la santé publique, Art. L.1111. 4, párrafo tercero, que estipula que ninguna operación médica o ningún tratamiento pueden llevarse a cabo sin el consentimiento libre e informado de la persona interesada. El consentimiento puede ser retirado en cualquier momento (Art. L.1111-4, tercer párrafo, última frase). El Art. L.1111-4, párrafo segundo, modificado por el Art. 4 de la Ley de 22 de abril de 2005, regula la denegación de tratamiento de salvamento a un paciente que no se encuentra en estado terminal. Cuando este tipo de paciente se niega al tratamiento para salvar su vida (antes de la modificación, se estipuló como "un tratamiento para salvar vidas"), el médico debe hacer todo lo posible para persuadirle a aceptar los cuidados necesarios. Para ello, puede llamar a otro facultativo.

En cualquier caso, el paciente debe confirmar su decisión en un plazo razonable de tiempo. Esto se recogerá en el historial médico.

El médico debe velar por la dignidad del paciente y garantizar la calidad del final de su vida así como respetar la negativa del paciente. Por otra parte, el Art. 6 de la Ley de 22 de abril de 2005 ha insertado un nuevo artículo, L.1111-10 en el Code de la santé publique, que reconoce explícitamente el derecho de un paciente terminal a rechazar un tratamiento o ponerle fin.

No aparece regulada la forma del consentimiento. Tampoco el Art. 36 del Código Deontológico francés (jurídicamente vinculante desde el Decreto No. 95 - 1000, de 6 de septiembre de 1995) se pronuncia al respecto.

El artículo L1122-1 del Code de la Santé Publique, modificado por Ley 2004-806 2004-08-09 Art. 89 I, II JORF 11 agosto 2004, dispone que, antes de la realización de la investigación biomédica sobre una persona, se obtendrá el consentimiento libre, informado y expreso que debe ser recogido después de que el investigador, o un médico que le representa, le haya explicado el objetivo, la metodología y la duración de la investigación, así como los beneficios previstos, las limitaciones y los riesgos previsibles, en particular en los casos de interrupción de la investigación antes de su plazo. También se debe informar a la persona cuyo consentimiento se solicita, de su derecho a negarse a participar en la investigación o retirar su consentimiento en cualquier momento sin incurrir en ninguna responsabilidad.

En los comentarios sobre el Código Deontológico del Consejo Nacional francés de la Orden de Médicos y, más concretamente, el comentario sobre el Art. 36,¹⁷⁰ no se aconseja el uso del consentimiento por escrito, salvo en los casos descritos por la ley (por ejemplo, en el caso de los experimentos médicos).

En la Carta de la persona hospitalizada se señala que un acto médico puede ser practicado sólo con consentimiento libre y consciente del paciente, sin haberse obtenido bajo coacción. La intangibilidad de la integridad corporal de cada persona y la indisponibilidad del cuerpo humano son principios fundamentales, los cuales pueden ser contravenidos sólo por necesidad médica para la persona y con su consentimiento previo. Por esta razón, particularmente, ningún acto médico puede ser practicado sin el consentimiento del interesado. Cuando la persona no está en estado de expresar su voluntad, salvo urgencia o imposibilidad, el médico no podrá realizar ninguna investigación ni tratamiento sin haber consultado previamente a la persona de confianza, la familia o, en su defecto, a uno de sus allegados.

Hay que precisar que la decisión tomada por la persona enferma de limitar o de interrumpir sus tratamientos, al mismo tiempo que no se encuentra en situación de fin de vida, debe ser particularmente reflexionada.

Es por eso que el deber de asistencia del médico debe realizarlo sobre la negativa de cuidados en las situaciones urgentes donde el pronóstico vital es comprometido, desde que el paciente no dispuso de un plazo mínimo necesario para reiterar, con todo conocimiento de causa, su voluntad.

Con el fin de garantizar la expresión de la voluntad del enfermo, se puede realizar el nombramiento de una persona de confianza y las directivas anticipadas.

Un acto médico puede ser practicado sólo con consentimiento libre del paciente. En el momento de su admisión, toda persona hospitalizada es informada sobre la posibilidad que le es ofrecida para designar a una persona de confianza. Este nombramiento es efectuado por escrito y vale para cada duración de la hospitalización, a menos que el paciente lo decida de otro modo. Es revocable a cada momento. La elección de la persona puede apoyarse tanto en un pariente como en un esposo, un compañero, una compañera, o un médico.

La persona de confianza puede ser designada anteriormente a la hospitalización.

El establecimiento aportará una atención particular en obtener las señas de la persona escogida y es recomendado que estas informaciones sean clasificadas en el historial médico. A petición del paciente, la persona de confianza podrá acompañarlo en sus gestiones y prestar asistencia.

Para el caso donde el paciente se encuentre con la incapacidad de expresar su voluntad, la opinión de la persona de confianza debe ser recogida, pero no se impone al médico.

Toda persona tiene la posibilidad de redactar las directivas anticipadas, en documento escrito y autenticable, cuyo objeto es permitir hacer saber sus deseos en cuanto al fin de su vida. Si la persona no puede redactarlas, lo pueden atestiguar dos testigos.

Deben ser renovadas cada tres años o estar establecidas desde menos de tres años antes de que la persona no esté en estado de poder expresar su voluntad (por ejemplo en caso de enfermedad neurodegenerativa). Son revocables en cada momento y el médico debe tenerlas en cuenta.

Constituyen un documento esencial para la toma de decisiones médicas. Testimonian en efecto la voluntad de una persona, mientras que ésta estaba todavía en plenitud de facultades y apta para expresar sus deseos. No obstante, las directivas anticipadas no tienen valor apremiante para el médico. Éste queda libre de apreciar las condiciones en las cuales conviene aplicar las orientaciones expresadas por el paciente en este documento, teniendo en cuenta la situación concreta y la eventual evolución de la ciencia médica.

De todas formas, la persona que desea que sus directivas (instrucciones) sean tomadas en consideración, debe hacerlas accesibles al facultativo, para su conservación en el establecimiento médico. Con este fin, pero sin que se trate de una condición de validez, el historial guardado por el médico de cabecera aparece como el mejor marco de conservación.

En el momento de su admisión en el establecimiento, el paciente puede señalar la existencia de directivas anticipadas y las señas de las personas a las cuales las confió.

Cuando la persona hospitalizada es menor, o mayor bajo tutela, desde que se halla en situación de expresar su voluntad, se debe requerir su consentimiento. No obstante, cuando la salud o la integridad corporal de un menor o persona bajo tutela corre peligro de ser comprometida gravemente por la negativa del representante legal o por la imposibilidad de recoger el consentimiento de éste, el médico dará los cuidados que se imponen.

Tratándose de un menor, cuando hay divergencia entre los padres, le incumbe al pariente más diligente dirigirse al juez con el fin de que sea instituido para tomar la decisión. En caso de que esta divergencia se acompañe de una situación de peligro que acusa la salud o la seguridad del menor, el médico, valorará proporcionar los cuidados indispensables.

Está previsto un consentimiento específico para ciertos actos.

VI.2.12. GRECIA

En Grecia no hay un texto único para la regulación de los derechos de los pacientes, pero hay varios actos jurídicos para tal efecto.

El Art. 47 de la Ley 2071/1992¹⁷¹ mencionaba lo posteriormente desarrollado en el Código Deontológico de Medicina (Con fecha 8 de nov. se firmaron las actas formales del Parlamento griego. Ley 3418 FEK, A, 287/28-11-2005 actualizando el anterior Código de 1955) En su Art. 29.3 ¹⁷²no justifica acciones por parte del facultativo para facilitar la muerte, en el caso de su demanda por deseo expreso del paciente en los últimos momentos de su vida.

El Código Deontológico de 2005 recoge en su capítulo tercero las Relaciones entre médico y paciente.

Grecia firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 6 de octubre de 1998.

VI.2.12.1. Derecho a la Intimidad

El Código Deontológico en su Art.13 dispone que el médico no debe decir nada de lo conocido del paciente u otras personas en el marco de su ejercicio. Los ayudantes deben observar la misma conducta.

Para que el Derecho a la Intimidad sea eficaz el médico debe supervisar a sus colaboradores durante el proceso y preservar el derecho a la intimidad después del proceso.

Los casos de excepción al Derecho a la Intimidad son los de cuando existan enfermedades de transmisión, contagiosas e infecciosas y el médico tenga conocimiento por otra fuente formal, distinta del paciente, que se ha cometido un delito y puede ayudar a resolverlo. También cuando el médico o una tercera persona consideran un caso de interés Público que no se puede proteger de otra forma y ante una situación urgente o de defunción, si el paciente da su consentimiento en formulario protocolizado, sin amenaza psicológica o de otro tipo de que no se respete este derecho.

El derecho a la intimidad continúa después de la muerte del paciente.

El deber de respetar el secreto médico puede ser suspendido por el consentimiento de la persona en cuestión, excepto cuando este consentimiento no es válido en caso de error, engaño, violencia física o psicológica, o cuando se viola la dignidad humana.

VI.2.12.2. Derecho a la Información

El Art.11 del Código Deontológico recoge que el médico tiene el deber de decir la verdad al paciente. Debe de informar de la totalidad de la situación de su salud tanto en lo referente al contenido, resultado de las pruebas, riesgos que conllevan, las alternativas, así como el tiempo posible de la recuperación. De esta forma el paciente puede tener una idea clara de los elementos sociales, médicos y económicos de la situación de su salud y decidir sobre ello.

El médico debe respetar el deseo de las personas que no quieran ser informadas. En esta situación el paciente tiene derecho a solicitar al médico que informe a otras personas que el paciente designe sobre pruebas, peligros de su realización...

El médico deberá tener especial cuidado al otorgar la información en ocasiones particulares como por ejemplo: trasplantes, cambio de sexo, operaciones estéticas o fecundación in vitro, entre otras. No hay obligación de informar al paciente por escrito, por lo tanto, el derecho a la información en Grecia es oral.

En Grecia hay una cláusula donde explícitamente se declara el derecho de los pacientes a no ser informados sobre su estado de salud.

VI.2.12.3. Derecho a dar el Consentimiento.

Viene recogido en el Art.12 del Código Deontológico y señala, que el médico no puede realizar ningún acto médico sin consentimiento del paciente.

Después de ser informado, (Art.11) el paciente debe ser capaz de prestar su consentimiento.

Si el paciente es menor de edad, el consentimiento lo prestarán los padres o tutores. El médico tiene que tener en cuenta la opinión del menor, si según el facultativo, éste pudiera entender la situación de su salud, el contenido del acto médico y los resultados y peligros de dicho acto.

En el supuesto del párrafo 3 del Art.11 es obligatorio el consentimiento de los tutores del menor.

Si el paciente no es capaz de dar el consentimiento, entonces corresponde al fiscal y si no, al tutor o familiares. En cada ocasión el médico tiene que intentar obtener el consentimiento voluntariamente del paciente, especialmente de aquel que comprende la situación de su salud, del acto médico y los peligros de dicho acto.

El consentimiento no puede ser viciado y debe alcanzar a todo el proceso médico, tanto en contenido como en tiempo.

Las excepciones son: en caso de urgencia vital; intento de suicidio; si los padres o terceras personas que tuvieran que prestar el consentimiento, no pudieran hacerlo o se negaran por cualquier razón y cuando se estuviera ante un caso de urgencia para evitar poner en peligro la vida del paciente.

En el caso de un paciente menor de edad, el médico está obligado a obtener el consentimiento del representante legal del menor, según lo determinado por los Códigos Civil y Penal¹⁷³. Los pacientes menores de dieciocho se consideran como menores. La opinión del menor se tiene en cuenta si el médico cree que por su estado mental y madurez emocional es capaz de comprender su estado de salud así como la naturaleza, las consecuencias, los resultados y los riesgos del tratamiento. Un menor maduro puede dar su consentimiento, pero el consentimiento de sus padres puede ser también necesario. El médico siempre tiene que evaluar la situación y juzgar si el consentimiento de los padres también será necesario. Si los padres de un menor de edad se niegan a dar su consentimiento y la vida del menor está en peligro, el deber de salvamento obliga al médico a actuar por su propia iniciativa.

VI.2.13. HUNGRÍA.

En Hungría los derechos a la intimidad, a la información y a prestar el consentimiento informado, se regulan en los Capítulos II y IV de la Ley de Derechos y Obligaciones de los Pacientes (CLIV reforma a la Ley de 1997 sobre Salud)¹⁷⁴.

Hungría firmó el Convenio de Oviedo el 7 de mayo de 1999 y lo ratificó el 9 de enero de 2002.

VI.2.13.1. Derecho a la Intimidad

Se establece el derecho a la intimidad como un derecho del paciente. Todo paciente tiene derecho a que su exploración y tratamiento se lleven a cabo en circunstancias que no pueda ser visto o escuchado por otros sin su consentimiento, a menos que sea inevitable debido a una emergencia o una situación crítica.

El paciente puede prohibir durante su tratamiento, que cualquier información que se relacione con él sea divulgada a otras personas. Esto se puede desatender solamente en el interés de su cuidado, a petición de sus parientes o de la persona que lo cuida.

La Ley de Protección de Datos de 1992¹⁷⁵ es aplicable a cualquier instancia del proceso de datos a menos que la manipulación de datos concretos está cubierta por la Ley de Protección de Datos de Salud 1997¹⁷⁶. La obligación de respetar el secreto médico se establece en el artículo 177 del Código Penal de Hungría¹⁷⁷. Esta disposición establece que la persona que revela un secreto privado, adquirido por él como resultado de su ocupación o mandato público, sin una buena razón, comete un delito menor y será castigado con una multa. Si el delito causa un perjuicio considerable de intereses, el castigo será de prisión de hasta un año, mano de obra en interés público o multa. La Ley de Salud también garantiza el derecho al secreto profesional.

VI.2.13.2. Derecho a la Información

En Hungría se establece el derecho a la información como un derecho independiente al derecho al consentimiento informado.

El paciente tendrá derecho a obtener la información proporcionada en una forma individualizada y detallada de su estado de la salud, incluyendo su evaluación médica, los exámenes y las intervenciones recomendadas, las ventajas y los riesgos posibles de realizar o no dichas intervenciones, las fechas previstas para realizarlas, su derecho de decidir sobre ello, los procedimientos alternativos y los métodos posibles y el resultado previsto, servicios adicionales, y la forma de vida recomendada.

El paciente tendrá derecho de saber la identidad, las calificaciones y el estado profesional de los que le proporcionan directamente servicios y que se le informe de una manera comprensible para él, con respecto a su edad, educación, conocimiento, estado mental y a su deseo expresado en la materia.

En caso de necesidad y si es posible, proveerán los servicios de un intérprete para proporcionar la información.

El paciente tendrá derecho de designar a una persona por escrito o de cualquier otra manera creíble para ser informada en su lugar. También tendrá derecho de ser informado incluso en casos donde no se requiere su consentimiento para iniciar la asistencia médica.

En el caso de la muerte de un paciente, su representante, pariente, o heredero legal tendrán derecho, por requerimiento escrito, de conocer datos de la salud que puedan estar, relacionados con la causa de la muerte y el tratamiento médico.

En la legislación húngara, la regulación jurídica de la excepción terapéutica no está prevista como tal. Sin embargo, el médico tratante será prudente en la proporción de información al paciente y deberá hacerlo poco a poco cuando sea necesario, teniendo en cuenta la condición del paciente y las circunstancias.

VI.2.13.3. Derecho a dar el Consentimiento.

El paciente tendrá derecho a la autodeterminación, que se puede restringir solamente en los casos y en las formas definidas por la ley y debe prestar el consentimiento libre de engaño y amenazas. Puede prestar dicho consentimiento verbalmente por escrito o incluso puede ser deducido de su comportamiento. En caso de procedimiento invasivos se hará por escrito o verbalmente con dos testigos. Se puede revocar en cualquier momento, Sin embargo, si el paciente retira su consentimiento sin causa justificada, puede ser obligado a reembolsar cualquier coste justificado en que haya incurrido como resultado de tal retiro.

Una persona capaz podrá elaborar una directiva (instrucción) anticipada que podría ser relevante si más adelante se convierte en incapaz. En dicha declaración se pueden rechazar determinados tratamientos médicos o designar el nombre de la persona que tendrá derecho a redactar una directiva anticipada en su lugar. Los deseos expresados anteriormente tienen que redactarse ante notario. Un psiquiatra ha de confirmar por escrito que la persona tomó la decisión con plena conciencia de sus consecuencias.

VI.2.14. IRLANDA

El 18 de abril de 2005 se realiza en Irlanda, una revisión de la Carta Europea de los derechos de los pacientes de 2004¹⁷⁸, a instancias de la Asociación de Pacientes de Irlanda y con la colaboración del equipo de investigación de la escuela de Enfermería, la Facultad de Derecho y el gobierno en la ciudad de Dublín.

El Derecho a la Información, al Consentimiento y a la Privacidad vienen reconocidos en la ley y los Códigos de ética profesional irlandeses.

Irlanda no firmó ni ratificó el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.14.1. Derecho a la Intimidad.

Según el Art.6 de la Carta Europea de los derechos de los Pacientes, toda persona tiene derecho a la confidencialidad de la información personal, incluyendo información sobre su estado de salud y las posibilidades de diagnóstico o procedimientos terapéuticos, así como la protección de su intimidad durante la ejecución de exámenes de diagnóstico, visitas de especialistas y médicos y tratamientos quirúrgicos en general.

VI.2.14.2. Derecho a la Información

Por regla general, los procedimientos médicos o quirúrgicos en Irlanda no pueden ser realizados sin el consentimiento informado del paciente. La ley no es clara sobre lo que debería pasar en casos donde el paciente es incapaz de dar el consentimiento como, por ejemplo, en los trastornos mentales o estado de coma. Asimismo los requisitos que requiere el consentimiento en caso de niños no están especificados.

VI.2.14.3. Derecho a dar el Consentimiento

En general, el consentimiento para que sea válido debe estar precedido de la correspondiente información. La ley no es clara sobre la cantidad de información que un doctor debe proporcionar al paciente. El consentimiento es definido legalmente para los casos de tratamiento psiquiátrico, pero no para otros tratamientos.¹⁷⁹

Si una persona realiza procedimientos médicos o quirúrgicos sin el consentimiento, podría ser acusado del equivalente a nuestro delito de coacciones, "crime of assault". También podría ser demandado por agravio a la persona y posiblemente por la violación de derechos constitucionales. Si el implicado es un profesional médico, también podría ser demandado por negligencia. El paciente puede tomar la iniciativa para estas acciones.

No se precisan los requisitos de validez del consentimiento. Se puede dar un consentimiento general, equivalente a que el paciente deposite en el médico la confianza para que él decida lo más favorable. También puede darse este consentimiento general, pero haciendo mención expresa de la exclusión de ciertos procedimientos.

A veces los doctores pueden consultar con la familia o los parientes más cercanos, pero ellos realmente no tienen ningún derecho legal de dar o rechazar el consentimiento.

Cuando se trate de un adulto mentalmente capaz tiene el derecho de rechazar o interrumpir el tratamiento médico, incluso en el caso de que la consecuencia de esta decisión pueda ser la muerte.

Si no es mentalmente capaz, no está en posición de tomar una decisión sobre el rechazo o la interrupción del tratamiento médico. Pero la ley no define en qué consiste el concepto de capacidad para estas situaciones. En general, un profesional médico puede tomar decisiones para que el tratamiento pueda ser interrumpido por motivos médicos. Irlanda no ha legislado sobre el testamento vital o instrucciones previas, entendidas como un documento en el cual una persona dispone sus deseos sobre la continuación o no de tratamiento médico si llega a ser mentalmente incapaz.

Respecto a la obtención del consentimiento en el caso de niños, los médicos y otros profesionales sanitarios deben obtenerlo de padres o tutores para procedimientos médicos y quirúrgicos. No hay disposiciones específicas sobre la posible validez del consentimiento del "menor maduro".

No está claro pero el Tribunal Supremo podría intervenir si los padres rechazaran salvar la vida con un tratamiento. Parece que el Tribunal tendría en cuenta los mejores intereses del niño y posiblemente daría el peso mayor a los derechos del niño que a los derechos de los padres.

La Section 23 of the Non-Fatal Offences Against the Person Act, 1997¹⁸⁰ prevé que los jóvenes de 16 años pueden dar el consentimiento válido al tratamiento médico, quirúrgico y dental.

No se deberán efectuar pruebas a menores sin que se haya obtenido el consentimiento por escrito. En Inglaterra, País de Gales e Irlanda del Norte, sólo un pariente que tenga la tutela de un individuo de menos de 16 años podrá dar el consentimiento para que se le realicen pruebas.

La Ley de Salud mental, de 2001¹⁸¹ tiene reglas específicas sobre el consentimiento de pacientes en unidades médicas u hospitales psiquiátricos. Para estos objetivos, el consentimiento debe darse por escrito, obtenido libremente sin amenazas o estímulos.

Las reglas generales sobre ensayos clínicos están dispuestas en Control of Clinical Trials Act, 1987.¹⁸² Conforme a la Ley de Salud mental, de 2001: la persona que sufre trastornos mentales y quien ha sido admitido en un centro especial no puede participar en ensayos clínicos. El consentimiento a un ensayo clínico debe ser por escrito y firmado. El consentimiento no es válido a no ser que: el paciente sea capaz de entender la naturaleza, la importancia y el alcance del consentimiento y el consentimiento se obtenga por la persona que realiza la prueba. Debe haber un tiempo de seis días entre dar el permiso y la administración real de la sustancia. Se puede revocar el consentimiento en cualquier momento. Por regla general, no pueden ofrecerle ninguna recompensa por participar en un ensayo clínico.

VI.2.15. ITALIA

Los derechos de los pacientes en Italia se rigen por el Código Deontológico.¹⁸³ Pero al contrario que en Francia, donde dicho Código es un acto legislativo, en Italia no es jurídicamente vinculante. Sin embargo se ha producido una adaptación de la legislación italiana a la Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina de 4 de abril de 1997. Italia firmó el Convenio de Oviedo de 1997 el 4 de abril de 1997, aunque no lo ratificó.

Otras leyes y disposiciones como los artículos del 13 al 32 de la Costituzione de la Republica Italiana,¹⁸⁴ Legge 833/1978¹⁸⁵; Legge 135/1990¹⁸⁶; D.M. 15/1/1991¹⁸⁷; D.M. 27/4/1992;¹⁸⁸ Legge 675/1996¹⁸⁹; Legge 91/1999¹⁹⁰ recogen también los derechos de los pacientes.

VI.2.15.1. Derecho a la Intimidad

El Código Deontológico recoge el secreto profesional. El médico debe mantener el secreto sobre todo lo que se confía a él y sobre lo que puede saber debido a su profesión. También debe mantener la máxima reserva sobre las actuaciones profesionales que ha llevado a cabo o que están previstas, en el respeto de los principios que garantizan la protección de la confidencialidad. Su no cumplimiento se sanciona en el artículo 622 del Código Penal italiano¹⁹¹. Como recoge Morales Prats¹⁹², el Código Penal italiano también permite, a través de una cláusula genérica, extender la obligación del secreto profesional al personal sanitario auxiliar.

La Ley de protección de Datos es hoy en día el Decreto Legislativo 196/2003, de 30 de junio de 2003, que entró en vigor el 1 de enero de 2004¹⁹³ que recoge normativa encaminada a la protección del derecho a la intimidad.

VI.2.15.2. Derecho a la Información.

El derecho del paciente a la información sobre su salud no está estipulado como un derecho específico. El Código Deontológico se refiere a la obligación de otorgar información en el contexto del derecho al consentimiento informado.

Respecto a la información que se debe de proporcionar a paciente antes de prestar el consentimiento, debe ser la más adecuada sobre el diagnóstico, el pronóstico, y el eventual diagnóstico, así como sobre las alternativas terapéuticas y acerca de las consecuencias previstas de la elección realizada. Se debe de tener en cuenta el grado de entendimiento del paciente.

El Código Deontológico establece que la información sobre el pronóstico grave, debe darse con precaución, utilizando terminología que no puede traumatizar al paciente o que no excluya ningún elemento de esperanza.

En cuanto a la importancia de proporcionar la información, en el campo de la oncología se realizó un estudio muy preciso cuyos resultados se presentaron en el Congreso de la Sociedad Europea para la Oncología Médica de Niza, (20 de octubre de 2002), en el cual se demostró, con la colaboración de 3300 pacientes, que un enfoque estructurado para proporcionar información de la salud a pacientes de cáncer, revela una gran diferencia para su bienestar psicológico y físico, y han recomendado que se debería aplicar en todas las unidades de oncología.

Según el Dr. Rodolfo Passalacqua de la 'Azienda Ospedaliera', Cremona¹⁹⁴: *"Todavía no se sabe cuál es la mejor forma de dar consejos a los pacientes de cáncer, pero sí que los pacientes tienen una gran necesidad de recibir más información acerca de su enfermedad."* El Dr. Passalacqua y su equipo han desarrollado una estructura de información que es conocida como "Punto de Información y de Apoyo (PIA)", situado en las unidades de oncología para los pacientes, sus familiares y amigos, teniendo en cuenta sus necesidades personales y los antecedentes socio culturales. Cada uno de los PIA dispone de una biblioteca con folletos, vídeos e información esencial acerca de los distintos tipos de cáncer y los fármacos para su tratamiento. Una enfermera oncóloga debidamente formada da la bienvenida al paciente y media entre el médico oncólogo y él, ayudando al paciente en la obtención de la información específica y a tratar cualquier tópico que pueda preocuparle. Un oncólogo médico hace de árbitro coordinador del PIA.

El equipo del Dr. Passalacqua comprobó la eficacia de esta nueva estructura por medio de una prueba aleatoria en 38 centros de cáncer en todo el territorio italiano. El resultado se midió en relación con la reducción de la ansiedad y la depresión, además de la satisfacción del paciente acerca de la información proporcionada por los empleados, con arreglo a lo informado por el paciente y a la comparación del grupo de control. Al final del período de los seis meses del estudio, y por medio de un cuestionario anónimo, se hizo el estudio de los 3.300 pacientes consecutivos y de los pacientes con cáncer no seleccionados que se atendieron en los centros aleatorios. En la misma línea encontramos los estudios de Kelly y Friesen, sobre los enfermos cancerosos en el que el 89% prefiere conocer exactamente la verdad.¹⁹⁵

VI.2.15.3. Derecho a dar el Consentimiento.

El Código Deontológico de 1998 italiano¹⁹⁶ establece, según las normas constitucionales, (artículo 40) el consentimiento del paciente, como fundamento de todo tratamiento sanitario.

El médico no puede comenzar ninguna actividad diagnóstica o terapéutica, a falta de consentimiento del paciente y en caso de negativa de una persona con capacidad de comprensión, se debe poner fin a cualquier tratamiento.

En caso de emergencia el médico debe proporcionar la asistencia necesaria siempre que el paciente no puede expresar su negativa en ese momento.

El consentimiento debe ser expresado en forma escrita en los casos previstos en la ley.

La Constitución Italiana¹⁹⁷ señala en su artículo 32 que ningún hombre puede ser obligado a someterse a un tratamiento otorgado sino por disposición de ley.

El consentimiento al tratamiento es pues el fundamento de la práctica médica.

La ley italiana (1.833/7B)¹⁹⁸ establece el recurso al tratamiento sanitario obligatorio de las enfermedades mentales, a pesar de la voluntad contraria del paciente. Esta medida (artículo 34) solo se puede tomar en presencia de "alteraciones psíquicas que requieren de terapias urgentes no aceptadas por el enfermo y a falta de condiciones o circunstancias que permiten el recurso de medidas sanitarias extra hospitalarias convenientes y adecuadas".

El párrafo 5 del Art. 33 de la Ley constitutiva del Servicio Sanitario Nacional¹⁹⁹ señala que el sanitario se siente en el deber de tomar "*toda iniciativa que se destina a garantizar el consentimiento y la participación de los que se obligan allí*" y que los tratamientos deben ser adoptados "*respetando al mismo tiempo la dignidad del hombre y los derechos civiles y políticos, incluido el derecho de libre elección del médico y el lugar de tratamiento*".

La tutela y la promoción de la salud del enfermo mental constituyen, en el marco de la legislación italiana, la característica de unión entre los tratamientos voluntarios y los tratamientos obligatorios.

VI.2.16. LETONIA.

Letonia firmó, pero no ratificó, la Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina el 4 de abril de 1997 y aunque en el artículo 11 de la Constitución²⁰⁰ se señala que el Estado debe proteger la salud y garantizar un nivel básico de asistencia médica, en la realidad no se han elaborado leyes específicas sobre derechos de los pacientes, pero en La Ley de Medicina,²⁰¹ de 20 de junio de 2001, se hace referencia a ellos.

VI.2.16.1. Derecho a la Intimidad.

La información sobre el tratamiento del paciente, diagnóstico de enfermedad y previsión, así como la información que los médicos han adquirido en el proceso asistencial sobre su vida privada o sus parientes más cercanos, será confidencial aunque puede ser proporcionada a otros miembros del personal médico; a la Comisión Médica para la Salud y Maestría de Capacidades del Trabajador (VDEAK) y a la Inspección del Control de Calidad de Asistencia médica.

La información sobre el paciente se puede usar en la investigación científica sólo si el anonimato del paciente es garantizado o si se cuenta con su aprobación.

VI.2.16.2. Derecho a la Información

En los artículos 20 y 21, del capítulo IV, de la Ley de Medicina de 20 de junio de 2001, se recoge el derecho de recibir una información de modo comprensible, sobre el diagnóstico de la enfermedad, plan de examen y tratamiento, y de otros métodos de tratamiento y previsión así como al proceso de tratamiento de otros médicos dentro de los límites de su capacidad.

Según el Art. 41, el médico debe recibir el consentimiento del paciente para el tratamiento, y por lo tanto deberá dar una información de modo comprensivo sobre el diagnóstico de enfermedad, el plan de examen y tratamiento, así como sobre otros métodos de tratamiento y previsión, consecuencias posibles y las complicaciones de enfermedades.

El médico no puede para dar toda la información al paciente sobre el diagnóstico y la previsión de enfermedad, si considera que esta información puede agravar la salud del paciente.

VI.2.16.3. Derecho a dar el Consentimiento.

Un médico debe recibir el consentimiento del paciente para el tratamiento, por lo tanto, el deber del médico es dar una información comprensible previa al consentimiento.

En el artículo 23 de la Ley de Medicina de 20 de junio de 2001, se señala que el paciente tendrá el derecho de rechazar completamente o en parte el examen ofrecido o el tratamiento, certificándolo con la firma. Si un paciente es menor de edad o es incapaz, estos derechos y la responsabilidad sobre la decisión recaerán en los miembros de la familia del paciente, pero, si ellos no existen, lo hará en los parientes más cercanos o representantes legítimos (fideicomisarios, guardas). El deber del médico será explicar al paciente y si no, a las personas antes mencionadas, las consecuencias de tal rechazo. Si un paciente ha aceptado el plan de tratamiento, se obliga a observar todas las instrucciones de los médicos relacionados con el tratamiento y el cuidado.

En el artículo 49, de la Ley de 2001, se regulan los casos cuando la vacilación pone en peligro la vida del paciente y no es posible recibir su permiso, o el de los miembros de su familia, y si ellos no existen, de los parientes más cercanos o representantes legítimos (fideicomisarios, guardas). El deber del médico será realizar medidas urgentes (el examen, el tratamiento y la intervención quirúrgica). El plan de examen en tales casos será aprobado y la decisión se realizará por el jefe médico (excepto cuando los primeros auxilios o urgencia médica se hayan realizado).

El tratamiento puede ser llevado a cabo en contra de la voluntad del paciente sólo si, debido a las perturbaciones mentales, el comportamiento del paciente es peligroso para sí mismo o para la salud o la vida de otras personas, o si no le permiten tomar decisiones deliberadas y la denegación del tratamiento puede causar agravamiento de la salud y de la situación social.

VI.2.17. LITUANIA.

Los derechos de los pacientes están regulados por la Constitución de la República de Lituania²⁰², el Código Civil, (qué entró en vigor en julio de 2001),²⁰³ la Ley sobre los Derechos de los pacientes y compensación de los daños para su salud, de 3 octubre de 1996. (No I – 1562 con enmiendas de 21 mayo, 1998)²⁰⁴ y otras leyes, entre ellas la Ley de 1 diciembre de 1998 N° VIII-946²⁰⁵ y la Ley sobre la Protección Jurídica de Datos Personales, de 21 de enero de 2003, modificada el 13 de abril de 2004.²⁰⁶

Lituania firmó el Convenio de Oviedo de 1997 el 4 de abril y lo ratificó el 17 de octubre de 2002.

VI.2.17.1. Derecho a la Intimidad

El artículo 52 de la Ley de 1 diciembre de 1998 N° VIII-946, señala que la accesibilidad de la información relacionada con la salud individual será restringida con la idea de asegurar la inviolabilidad de la intimidad y el secreto sobre la salud de la persona. No se podrá anunciar en los medios de comunicación cualquier dato de la salud del individuo sin el consentimiento escrito de la persona.

Los profesionales de la salud tendrán prohibido, excepto en casos previstos por la ley, violar la confidencialidad de la vida privada de la persona o la información que concierne a la salud individual y que han obtenido en el ejercicio de sus deberes profesionales. En el artículo 91 se señala que las personas que violen la confidencialidad deben compensar a las personas por el daño moral infligido. Evaluando el grado de moralidad y el daño, en términos monetarios, el tribunal tendrá en cuenta la persona que infligió el daño, la gravedad de la ofensa, sus consecuencias y otras circunstancias, en cada caso, sin embargo, la cantidad no puede ser superior a 500 salarios mínimos.

La Ley sobre los Derechos de los pacientes e indemnización de los daños para su salud recoge en su artículo 10, que la vida privada de los pacientes será inviolable. La información que concierne a los pacientes puede ser recogida en el historial clínico, con el consentimiento de los pacientes y si, en la opinión del médico, fuera necesario para diagnosticar la enfermedad o para realizar el tratamiento. Toda la información que concierne a la condición de la salud del paciente, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, y también, toda la otra información de naturaleza personal, debe ser confidencial, aún después de la muerte del paciente. Las leyes de la República de Lituania y los actos legales del Ministerio de la salud determinarán el procedimiento de preservar tal información confidencial. La información confidencial puede ser proporcionada a otros individuos, sólo con el consentimiento escrito del paciente, o si esto se encuentra estipulado en otras leyes de la República de Lituania.

El artículo 11 del Capítulo III dice que las Instituciones de Asistencia Médica deben guardar los documentos de los pacientes en la forma estipulada por el Ministerio de Salud y la Leyes de la República de Lituania. Y en el artículo 12, que los padres o los guardas de un paciente menor tendrán el derecho de familiarizarse con los documentos del paciente menor, si esto no es contrario a las exigencias de las puntos 7 y 8 del artículo 6, de este Ley.

Las disposiciones específicas sobre el cuidado de salud mental establecerán el derecho del representante de un paciente psiquiátrico sobre los documentos de dicho paciente.

El Tratamiento de datos personales está regulado por la Ley sobre la Protección Jurídica de Datos Personales, de 21 de enero de 2003, modificada el 13 de abril de 2004. Esta ley prohíbe al proceso de categorías especiales de datos personales de los datos de salud de que forman parte, salvo cuando el interesado haya dado su consentimiento.

VI.2.17.2. Derecho a la Información

La Ley sobre los Derechos de los pacientes e indemnización de los daños para su salud reconoce en su artículo 6.4 que el paciente tendrá derecho a la información sobre la condición de su salud, del diagnóstico de la enfermedad, de resultados de exámenes médicos, de métodos de tratamiento y del pronóstico de tratamiento. Se debe proporcionar la información en una forma comprensible, con una explicación de los términos médicos complicados. En el suministro de la información en cuanto al tratamiento, el médico debe explicar al paciente el curso, resultados y alternativas posibles de tratamiento, y otras circunstancias, que pueden tener un efecto sobre la decisión del paciente de aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.

La información no debería ser suministrada al paciente contra su voluntad, sin embargo, su voluntad debe ser expresada claramente y su historia clínica debería contener una mención de este deseo.

Si el paciente así lo desea, se le suministrará su historial clínico u otros documentos médicos, a excepción de los casos, en el que esto puede tener un efecto sobre la salud del paciente y poner en peligro su vida (esto será decidido por el médico que lo trata, o por el consejo de médicos). En tales casos, el médico anotará en el historial clínico, las limitaciones del suministro de información. El paciente tendrá el derecho de solicitar copias de su historial clínico y, de otros documentos, costeándolo. Este derecho del paciente sólo puede ser limitado según el procedimiento establecido en las leyes de la República de Lituania. El médico debe explicar la importancia de los apuntes incluidos en el historial clínico de su enfermedad.

Si la petición del paciente es justificada, el médico debe corregir, completar, quitar, explicar el cambio de datos inexactos, incompletos, ambiguos o datos no relacionados con el diagnóstico y tratamiento. Si el médico no estuviera de acuerdo con tal petición del paciente, el consejo de médicos decidirá la validez de dicha petición.

La información a un paciente que es menor, debe ser proporcionada de una forma comprensible a sus padres y tutores. Si las diferencias están presentes, entre el menor y sus padres o tutores, el médico, en la presentación de la información, deben guiarse por los intereses del paciente. Un paciente menor, que en la opinión del médico, es capaz de valorar con exactitud la condición de su propia salud, tendrá el derecho de iniciar y decidir el tratamiento que le han propuesto. Sobre la petición de los padres o los tutores del paciente menor, el médico debe informar a sus representantes legales, en cuanto al tratamiento, sin embargo tal información también puede permanecer retenida, si el menor lo hubiera solicitado, si esto pudiera dañar los intereses del paciente y si otros actos legales no lo establecen de otra manera. Si el menor es hospitalizado, sus padres o tutores, deben ser informados de ello.

El Código Civil contiene claramente la excepción terapéutica. Un proveedor de servicios de salud personales tiene el derecho de retener la información del paciente sólo en los casos en que dicha notificación tendría un efecto perjudicial sobre el paciente.

VI.2.17.3. Derecho a dar el Consentimiento.

En la Ley sobre los Derechos de los pacientes e indemnización de los daños para su salud se establece en el artículo 8 que el paciente puede rechazar el tratamiento.

El derecho al consentimiento informado se ha formulado de manera negativa en la Ley de Derechos del Paciente y en el Código Civil. La Ley de Derechos del Paciente establece que un paciente no puede ser tratado en contra de su voluntad, mientras que el Código Civil también establece que el paciente no puede ser tratado o que se le proporcione cualquier otro cuidado de la salud o de enfermería en contra de su voluntad, salvo lo establecido por la legislación.

Si el paciente está inconsciente o si no pueden conocer su voluntad y existe amenaza seria para su vida o salud, tal ayuda médica debe ser dada sin su consentimiento. También la asistencia médica puede ser dada sin el consentimiento del representante legal, cuando en una situación urgente el consentimiento del representante legal del paciente no se puede obtener a tiempo, o el representante legal se niega a dar su consentimiento, mientras que, según el personal de enfermería, la prestación de la asistencia médica esté de acuerdo con los intereses del paciente.

Si el representante legal de un paciente rechaza dar su consentimiento para el tratamiento, que no es urgente, y el médico opina que aplicar el tratamiento está de acuerdo con los intereses del paciente, la comisión médica de la institución de asistencia médica o el Comité para la Ética de médicos de Lituania, tiene el derecho de dar el consentimiento para tal tratamiento. La administración de la institución de asistencia médica o el médico de cabecera tendrá el derecho de apelar a esta comisión o comité.

La ley lituana exige la forma escrita como requisito general para el consentimiento del paciente.

Con respecto a la situación jurídica de los pacientes menores de edad, existe una clara diferencia entre la normativa en la Ley de los Derechos de los pacientes y en el Código Civil. En primer lugar, la antigua ley estipula que un menor es un paciente menor de 18 años, mientras que el Código Civil expresamente establece que un menor que ha llegado a la edad de 16 años puede consentir por sí mismo al tratamiento.

Como el Código Civil es más reciente que la Ley de los Derechos de los pacientes tiene prioridad. Si un paciente no ha llegado a la edad de 16 años, el proveedor de servicios de salud debe cumplir con sus obligaciones hacia los padres del menor o hacia el tutor. Este será también el caso de un menor de edad, que a pesar de haber alcanzado la edad de 16 años, no se considera capaz de evaluar razonablemente sus intereses. Sin embargo, en caso de que un paciente se oponga a la prestación de los servicios de salud hacia él (a la que sus padres ya han dado su consentimiento) los servicios de salud sólo podrán proporcionarlos cuando sea necesario, a fin de evitar daños graves al paciente. Los pacientes que son menores de 16 años no pueden ser tratados en contra de la voluntad de uno de los padres o de su representante legal, a menos que la ley disponga otra cosa.

VI.2.18. LUXEMBURGO

La Ley de establecimientos hospitalarios, de 28 de agosto de 1998,²⁰⁷ recoge los derechos de los pacientes, en el capítulo 10. Expone derechos básicos pero no sanciones ni instrumentos para hacerlos cumplir.

El nuevo Código de ética médica²⁰⁸ ha sido adoptado y aprobado por el Decreto Ministerial de 7 de julio de 2005. Este Código de ética médica contiene un capítulo específico, sobre las relaciones entre el médico y el paciente (capítulo IV) y es jurídicamente vinculante.

Otras leyes relacionadas con nuestro estudio son: Ley de 22 de diciembre de 2006, que modifica la Ley de 26 de mayo de 1988,²⁰⁹ relativa a la admisión de las personas que sufren de trastornos mentales psiquiátricos y la Loi du 2 août 2002²¹⁰ relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnn, Ley de protección de datos.

Luxemburgo es el tercer país de la UE en legalizar la eutanasia con la Ley de 17 de marzo de 2009.²¹¹

Luxemburgo firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997, pero no lo ratificó.

VI.2.18.1. Derecho a la Intimidad

De acuerdo con la Ley de establecimientos hospitalarios cada paciente tiene derecho a la intimidad y confidencialidad no limitándose a los pacientes que permanecen en un hospital.

El Código de ética médica impone a cada médico el secreto profesional (de conformidad con las condiciones estipuladas en el Código Penal²¹²) que sigue existiendo después de la muerte del paciente, y no solo se refiere a la información que el paciente proporcionó al médico, sino a lo que este último vio o escuchó y no debe revelar a terceros. Este deber se extiende al personal que colabora con él en la asistencia médica.

La Ley de 2 de agosto de 2002 de protección de datos de carácter personal protege las libertades y los derechos fundamentales de las personas físicas, particularmente de su vida privada, con respecto al proceso de datos de carácter personal.

En el artículo 23 se señalan una serie de medidas particulares de seguridad, como la prohibición de acceso a las instalaciones utilizadas para el tratamiento de datos, así como poner todos los medios posibles para impedir que dichos datos puedan ser copiados, modificados o leídos (control de soportes, de memoria, de utilización, de transmisión, de transporte, y de disponibilidad).

Según el artículo 24 toda persona encargada de la protección de datos está sometida al respeto del secreto profesional después del fin de su función. (Previsto en el artículo 458 del Código penal).

En el artículo 28 (3) se reconoce el derecho de acceso del paciente a los datos que a él le conciernen. El derecho de acceso es ejercido por el paciente mismo o a través de un médico al que designa. En caso de fallecimiento del paciente, su esposo, no separado, y sus hijos, así como toda persona que en el momento de la defunción vivió con él en el cuidado del hogar o, si se trata de un menor, sus padre y madre, pueden ejercer, a través de un médico al que designan, el derecho de acceso.

VI.2.18.2. Derecho a la Información

En Luxemburgo hay una cláusula donde explícitamente se declara el derecho de los pacientes a no ser informados sobre su estado de salud.

En La Ley de establecimientos hospitalarios se menciona el derecho a la información sobre la salud del paciente, pero sólo en relación con la información anterior a la autorización.

En el Código de ética médica no se menciona el derecho a la información sobre el estado de salud como un derecho específico del paciente. Pero sí el derecho del paciente a no saber, aunque en determinadas circunstancias, como por ejemplo en el caso de una enfermedad contagiosa, el médico informará al paciente a pesar de sus deseos, con el asesoramiento de un colega, o, contrariamente, no estará obligado a hacerlo si causa grave peligro para el paciente.

VI.2.18.3. Derecho a dar el Consentimiento.

Según el Art. 40, apartado 1, de la Ley de establecimientos hospitalarios, un paciente, tras su ingreso en el hospital y durante su estancia, tiene derecho a la información suficiente relativa a su estado de salud y sobre el tratamiento para dar su consentimiento informado. Esta información debe ser proporcionada por el médico (Art.40, párrafo 2). También puede rechazar los tratamientos y el médico debe de informarle de las consecuencias de su elección.

El Código de ética médica, en su forma revisada en 2005, estipula que el primer deber del médico es el respeto a la autonomía de su voluntad y señala que el libre consentimiento es un derecho del paciente. El paciente toma las decisiones que se relacionan con su salud, junto con su médico, teniendo en cuenta la información que se le proporcionó. El consentimiento se puede dar por escrito o tácitamente. En este último caso, el consentimiento sólo puede deducirse de su conducta, cuando el paciente fue informado con honestidad, con claridad y en una forma adaptada a su comprensión.

El médico debe tener en cuenta los deseos del paciente respecto a la forma en que los disponga para el final de su vida.

VI.2.19. MALTA

No encontramos leyes específicas que recojan el derecho a la intimidad, a la información, y a prestar el consentimiento informado, aunque la Constitución de Malta y la Ley de salud mental hacen referencia a ellos.

El ordenamiento jurídico en Malta, se basa principalmente en el Derecho comunitario, las leyes del Parlamento (Derecho primario), el Derecho derivado o subsidiario y, en algunos casos, hace referencia al Derecho común y a la costumbre inglesa. El orden de preferencia es el de la lista anterior. En Malta, no existe el Derecho derivado de la jurisprudencia: los tribunales de justicia interpretan el Derecho conforme a lo contenido en las diversas leyes. Esto no significa, sin embargo, que los precedentes judiciales carezcan de valor. De hecho, los jueces, por regla general, no ignoran los principios establecidos por la jurisprudencia, si no es por razones de peso. Es también una práctica normal que los órganos jurisdiccionales inferiores sigan los principios establecidos en cuestiones de Derecho por un Tribunal superior.

Los actos del Parlamento se redactan en maltés e inglés, sin embargo en caso discrepancia entre los dos textos, prevalece el texto maltés, a menos que se declare lo contrario en la ley.

En virtud de la Ley XIV de 1987, se incorporó el Convenio Europeo de Derechos Humanos a la legislación maltesa. Ninguna ley en Malta puede ser contraria a los derechos y libertades establecidos en el mismo. Los Tribunales de Justicia fiscalizan la conformidad de las leyes con el citado Convenio.

La ley V de 2003 (Ley de la Unión Europea), establece, entre otras cosas, la adhesión de Malta a la Unión Europea. Desde el 1 de mayo de 2004, el Tratado de Adhesión y todos los actos adoptados por la Unión Europea son obligatorios en Malta, y se convirtieron en parte del Derecho nacional. Cualquier ley nacional que sea incompatible con las obligaciones de Malta conforme al Tratado será, en la medida de su incompatibilidad, nula de pleno derecho.

Otra fuente del Derecho maltés es el Derecho común inglés, que se establece a través de la jurisprudencia. Cuando hay una laguna en el Derecho público maltés, se hace referencia al Derecho común inglés.

Malta no firmó ni ratificó el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.19.1. Derecho a la Intimidad

The Mental health Act 2007. Rights of mental healthcare users. Part II²¹³ reconoce en el Art.3.1.j el Derecho a la confidencialidad de todos los datos del paciente, su enfermedad y tratamiento. Dicha información no será revelada a terceros sin su consentimiento excepto: cuando existe una emergencia para salvar la vida, es de interés y seguridad pública o por orden judicial, y en el Art. 3.1 reconoce el total respeto a su dignidad.

La Constitución de Malta de 1964 con Enmiendas de 13 de diciembre de 1974 y de enero de 1987²¹⁴ recoge en su Art. 38 la tutela de la privacidad de las personas en el hogar u otra propiedad.

VI.2.19.2. Derecho a la Información.

The Mental health Act 2007. Rights of mental healthcare users. Part II señala en el Art. 3.1 g el Derecho a ser adecuadamente informado sobre los servicios y opciones de tratamiento de acuerdo a sus necesidades y en el Art. 3.1.1 el Derecho a ser informado, dentro de las 24 horas de su admisión para recibir tratamiento, de sus derechos, en una forma y lenguaje que el paciente entienda. La información incluirá explicación de todos sus derechos y como ejercitarlos.

VI.2.19.3. Derecho a dar el Consentimiento

The Mental health Act 2007. Rights of mental healthcare users. Part II²¹⁵ en el Art. 3.1.i trata el Derecho a dar consentimiento libre e informado antes de cualquier tratamiento. Tal consentimiento debe de ser recogido en la Historia Clínica del paciente.

Podemos hacernos una idea concreta de la visión actual del consentimiento informado en Malta a través del profesor Attard Montalto²¹⁶ que señala ocho puntos esenciales del derecho al consentimiento informado:

1. El respeto de la autonomía del individuo implica que es libre para tener un papel activo y totalmente independiente en el procedimiento de la toma de decisiones. Esto implica la responsabilidad de proporcionar una información completa por parte del facultativo y un entendimiento de dicha información por parte del paciente.

2. La comprensión de la información para tomar una decisión racional, encuentra más problemas en los menores. Los padres y el equipo médico deben asumir el papel de abogados competentes en su favor.
3. El Principio de beneficencia se define por "no hacer ningún daño ", un sello del juramento hipocrático, y debe aplicarse en todos los casos. La práctica médica exige con frecuencia un compromiso entre la ventaja y el daño, especialmente con respecto a procedimientos intervencionistas y a terapia de droga, pero siempre en interés del paciente. Por lo tanto, en la práctica, puede ser perfectamente aceptable emprender una terapia de riesgo elevado en un individuo completamente informado con tal de que haya una ocasión realista de ventaja razonable.
4. El respeto de la verdad preside la relación médico-paciente y no se puede mentir de forma voluntaria al paciente.
5. Todos los pacientes tienen derecho al secreto. Sin embargo, hay situaciones como en el caso de abusos físicos, que el acceso de la información confidencial sin consentimiento se puede justificar, ya que el hecho de no divulgarlo puede perjudicar al paciente.
6. La objetividad y el evitar alusiones raciales, religiosas, culturales, debe fundamentar las relaciones en el ámbito sanitario.
7. Prevalece el interés del paciente frente a terceros.
8. El consentimiento informado no es necesario simplemente para satisfacer requisitos médico-legales, sino que se trata de una decisión libre e informada sobre la salud. Llegar a ello encuentra problemas en el adulto competente cuanto más en los menores de edad.

VI.2.20. PAISES BAJOS (HOLANDA).

En Holanda encontramos el marco regulador del derecho a la intimidad, a la información y al consentimiento informado, en la Ley de Derechos de los Pacientes de 1 de abril de 1995²¹⁷ que se encuadra en las reformas guiadas por un mayor empuje en búsqueda de calidad, en materia sanitaria a nivel global, y de equiparación al resto de países de la UE. Aparece así esta Ley como parte de un programa legislativo más extenso.

La actual Ley de Prevención de Salud Pública Colectiva de 13 de julio 2002²¹⁸ (Wet van 13 juli 2002 tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid) no hace especial referencia a los derechos motivo de nuestro estudio, solo encontramos una breve alusión a la obligación de informar en general al paciente.

Cronológicamente entre ambas regulaciones legales hemos encontrado:

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst Dutch Medical Treatment Act.1994²¹⁹ desde el Art. 446 al Art. 468. Trata el derecho a la información, al consentimiento y el secreto médico.

Act on Involuntary Admissions to Psychiatric Hospitals (1994);²²⁰ Act on patients' rights (1995);²²¹ Right to Complain Act (1995);²²² Act on Mentorship (incompetent adults) (1995);²²³ Act on Quality of Care in Institutions (1996);²²⁴ Act on Individual Professions in Health Care (1997);²²⁵ Act on Medical Examinations (1998);²²⁶ Act on Organ Donation (1998);²²⁷ Act on Medical Research (1999);²²⁸ y Wet van 13 juli 2002 tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid²²⁹ (Hace referencia al derecho a la salud, prevención y cuidados médicos en general).

Los precedentes de la Ley de 1995 son las normas de ética médica hasta el año 1970 y, posteriormente por la presión social para regular estos derechos aparece entre 1978 y 1982 el armazón para una futura reglamentación legal, a propuesta del Comité Nacional sobre Derechos de los Pacientes, apareciendo en 1990 un proyecto de Ley en el Parlamento y La Real Asociación Médica y la Organización Nacional de Pacientes y Consumidores, que acordaron la Carta de Derechos de los Pacientes de 1990. Tras la implantación de la Ley de 1995, dicha Carta fue revisada y ahora sirve como una forma de referencia para los temas que no están tratados en la mencionada Ley.

En el año 2000 se realizó, por Institutos independientes, una evaluación sobre el estado de los derechos de los pacientes, que fue presentada y debatida en el Parlamento. El resultado fue que los médicos y pacientes tienen suficientes conocimientos de la Ley; por otra parte, no era necesario enmendar las disposiciones contenidas en ella. Sin embargo, se consideró que la actuación de los médicos no siempre se atenía a los criterios mencionados en la Ley.

Respecto a la eutanasia en Holanda rige la Ley de 1 de abril de 2002 de la Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Según la intervención del Profesor Johan Legemaa²³⁰ celebrada en Sofía, (Bulgaria) el 16 de Noviembre de 2001, en Holanda con la aceptación social de la eutanasia, se ha descuidado la medicina paliativa. Ahora se pretende desarrollar los cuidados paliativos a los moribundos, para lo cual es preciso formar a los voluntarios que se ocupen de ellos. Dentro de esta finalidad común, el enfoque de cada curso depende de la orientación de la institución que lo organice.

Sobre la autonomía del cuidador para seguir su conciencia (Objeción de conciencia) Frans van Ittersum, internista de la Universidad Libre de Ámsterdam²³¹ declara lo siguiente "Si el paciente tiene autonomía para decidir sobre su vida en algunos casos, la misma autonomía tiene el cuidador para seguir su conciencia, aunque cada vez es más complicado invocarla".

En nuestra opinión, la verdadera autonomía de la voluntad, encuentra uno de sus mayores enemigos en la enfermedad, que, cuanto más grave torne la situación, deriva en muchos casos en una disminución real de la auténtica voluntad. La debilidad para la capacidad de decisión es un tema arduo y complejo, que complica la efectividad perseguida en la lucha por los derechos de los pacientes y, más concretamente, en los referidos a la autonomía de la voluntad.

En Holanda hay que hacer la distinción entre los derechos de ciudadanos o personas con seguros de salud, regulados por la Legislación de seguros médicos, y los derechos individuales de los pacientes una vez integrados en el sistema sanitario: derecho a información, a la privacidad, al consentimiento y a poder ver las anotaciones médicas regulados en la Ley de 1995.

Esta ley regula el derecho a la información, al consentimiento, el derecho a la intimidad, el acceso a los informes médicos, derechos de los menores e incapacitados, responsabilidad del hospital, los deberes de los médicos y el deber del paciente de informar y cooperar como debe ser razonablemente esperado.

En Holanda la consecución de los derechos es efectiva porque cuenta con respaldo legal para exigir su cumplimiento.

Los Países Bajos firmaron pero no ratificaron el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.20.1. Derecho a la Intimidad

La Constitución holandesa²³² protege el respeto de la intimidad para todas las personas. La Ley de derechos de los pacientes de 1995 recoge el derecho a la privacidad en el ámbito sanitario.

VI.2.20.2. Derecho a la Información

En Holanda se recoge el Derecho del paciente a no ser informado sobre su estado de salud y se puede comunicar el diagnóstico, sin tener en cuenta los deseos del paciente, si el médico considera que ello es mejor para los intereses del mismo y si el desconocimiento pudiera producir un daño serio a la salud del paciente.

El derecho a la información sobre su salud no está previsto como un derecho independiente del derecho al consentimiento informado. En consecuencia, el mismo reglamento se aplica a este derecho.

La obligación de suministrar información no es absoluta sino que tiene una excepción, la llamada excepción terapéutica. Esto significa que el paciente no tiene que ser informado cuando el profesional médico tiene sospecha fundada de las graves consecuencias derivadas de proporcionar esa información al paciente. En este caso, el profesional médico puede ser obligado a proporcionar información a una persona distinta del interesado. Cabe precisar que en Holanda el médico suele acudir a una segunda opinión profesional antes de comunicar un diagnóstico.

Se deberá informar claramente al paciente y, si así lo solicita, por escrito de la propuesta de examen y tratamiento y de los acontecimientos relacionados con el examen, el tratamiento y el estado de salud del paciente.

VI.2.20.3. Derecho al dar el Consentimiento.

El Consentimiento Informado tiene dos componentes: la información y el consentimiento. Este derecho a la información se deriva del derecho del paciente a la libre determinación tal como se establece en los artículos 10 y 11 de la Constitución holandesa. Esto significa que el tratamiento médico de los pacientes sólo se permite con su consentimiento o el de las personas facultadas para decidir por ellos.

VI.2.21. POLONIA

En Polonia existe la Oficina de Derechos del paciente creada en el año 2001 y la institución del Defensor del Pueblo de Derechos del Paciente. En diciembre de 1998 se creó la Carta de los Derechos de los Pacientes,²³³ con voluntad orientativa para el ejercicio de dichos derechos, pero no constituye una base legal. Posteriormente las modificaciones a las leyes actualizaron la situación en esta materia. El Parlamento aprobó la Ley de Derechos de los pacientes el 6 de noviembre de 2008 y fue firmada por el presidente el 26 de noviembre del mismo año, pero no ha entrado en vigor.

La Constitución polaca²³⁴ en su artículo 68.1, reconoce a todos los ciudadanos el derecho general a la atención a la salud. Encontramos varias regulaciones legales en cuanto a derechos de los pacientes se refiere, la más importante es La Ley de 30 de agosto de 1991²³⁵. Otras leyes son: Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996;²³⁶ Ley de la profesión de enfermeras y comadronas del año 1996;²³⁷ Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994²³⁸ y la Ley de extracción y trasplante de células, tejidos y órganos de 26 de octubre de 1995.²³⁹

Polonia firmó el Convenio de Oviedo el 7 de mayo de 1999, pero no lo ratificó.

VI.2.21.1. Derecho a la Intimidad

VI.2.21.1.1. Derecho a la Intimidad en la Ley 30 agosto de 1991

Esta Ley reconoce el derecho al respeto en todo momento de la intimidad y dignidad del paciente, mientras se le ofrezcan las prestaciones sanitarias (Art. 19, párrafo 1 punto 4) y el derecho a que se le facilite al paciente la documentación médica pertinente o a la persona legalmente designada para ello (Art. 18 párrafo 3 punto 1) así como a la fiabilidad de que los de datos contenidos en la documentación médica concerniente son ciertamente de su persona (Art. 18 párrafo 2).

VI.2.21.1.2. Derecho a la Intimidad en la Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996

El respeto por parte del facultativo de su intimidad y honor se recoge en el Art. 36 párrafo 1.

También se señala que toda la información relacionada con la estancia del paciente y la derivada de su relación con los facultativos, pertenecerá al secreto profesional (Art. 40 párrafo, 1).

En el punto 3, Art. 31 párrafo. 2, se faculta al paciente para decidir que personas pueden recibir la información médica y el punto 3, Art.31 párrafo 3, permite solicitar a su médico el bloqueo de información, correspondiente a su estado de salud.

VI.2.21.1.3. Derecho a la Intimidad en la Ley de la profesión de enfermeras y comadronas de la técnica sanitaria de 5 de julio de 1996

La información sobre el paciente, derivada de su estancia en la institución sanitaria y de su relación con enfermeras y comadronas pertenecerá al secreto profesional (Art. 21 párrafo 1).El paciente tiene derecho a expresar su rechazo a la enfermera o comadrona, ante la posibilidad de que haga público datos que puedan identificarle como paciente (Art. 21 párrafo. 4).

VI.2.21.1.4. Derecho a la Intimidad en la Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994

El paciente tiene derecho a que las personas encargadas de ejecutar sus funciones legales, guarden secreto profesional de todo lo que concierne a su caso (Art. 50 párrafo. 1).

VI.2.21.1.5. Derecho a la Intimidad del paciente definido en la Ley de extracción y trasplante de células, tejidos y órganos de 26 de octubre de 1995

El paciente tiene derecho a la protección de sus datos personales, tanto los del receptor como los del dador del trasplante, bajo secreto profesional (Art. 12 párrafo 1).

VI.2.21.2. Derecho a la Información.

VI.2.21.2.1. Derecho a la Información en la Ley 30 agosto 1991

El paciente tiene derecho a recibir información sobre su estado de salud y a una adecuada información sobre los beneficios y perjuicios de las prestaciones sanitarias que va a recibir (Art. 19 párrafo 1 punto 3). Así como a tener acceso a la información sobre sus derechos como paciente (Art. 19 párrafo 6).

VI.2.21.2.2. Derecho a la Información en la Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996

Se reconoce el derecho a recibir del servicio médico una información clara, sobre el estado de salud, grado en el que se encuentra la enfermedad, posibilidades de curación y posibles métodos de diagnóstico, sobre efectos secundarios correspondientes del tratamiento, de la interrupción del mismo y de los pronósticos de cada opción (Art. 31 párrafo 1).

El paciente puede pedir al facultativo toda la información sobre su estado de salud y los pronósticos correspondientes. Este derecho se verá limitado cuando el médico así lo considere por el bien del paciente (Art. 31 párrafo 4).

El paciente tiene derecho a recibir del médico información del desarrollo y del proceso asistencial, operación, tratamientos, diagnósticos de riesgo o cambios en la metodología que el médico crea necesaria (Art. 35 párrafo 2). También tiene derecho a recibir información sobre los beneficios y perjuicios del tratamiento y demás prestaciones sanitarias que se decide aplicar al paciente y a que sea transmitido al resto de personas involucradas en el proceso (Art. 36 párrafo 1 y 2). También a recibir del médico información de los posibles perjuicios, en el caso de consentir que la información sobre su estado de salud sea del dominio médico (Art. 40 párrafo. 2 punto 4).

VI.2.21.2.3. Derecho a la Información en la Ley de la profesión de enfermeras y comadronas de la técnica sanitaria de 5 de julio de 1996

El paciente tendrá derecho a recibir información sobre los derechos del paciente de la enfermera y las comadronas (Art. 20 párrafo. 1), y a recibir información sobre su estado de salud del cuerpo de enfermeros y comadronas, dentro del ámbito de cuidados del paciente que a ellas les compete (Art. 20 párrafo. 2).

VI.2.21.2.4. Derecho a la Información en la Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994

Se incorpora a la ley del día 19 agosto 1994 sobre la protección de la salud psíquica: el Art. 111, párrafo. 535, del año 1997, el Art. 88, párrafo. 554 y Art. 113, párrafo 731, donde encontramos el derecho a recibir explicaciones sobre los derechos y deberes de los ingresados en el hospital psiquiátrico, excluyéndose los casos que por ley se ingrese al paciente contra su voluntad (Art. 22 párrafo. 1 y Art. 23,24 y 29).

En el Art. 23 párrafo 3, se recoge el derecho a recibir información detallada de las causas de su ingreso y de su situación, cuando por ley no se den las condiciones excluyentes de tales derechos y el derecho a recibir información, dentro del plazo y forma que estipule la decisión judicial correspondiente, en las situaciones recogidas en el punto 20, Art. 36 párrafo. 3.

VI.2.21.3. Derecho a dar el Consentimiento.

VI.2.21.3.1. Derecho al Consentimiento Informado en la Ley 30 agosto 1991

El paciente tiene derecho a expresar su consentimiento a aceptar o rechazar los servicios de salud después de haber recibido la información adecuada. La base principal del médico para actuar es el consentimiento del paciente y en el caso de pacientes menores o personas incapaces de expresar sus deseos, el consentimiento del representante legal o, a veces, del tutor o la tutela judicial.

VI.2.21.3.2. Derecho al Consentimiento Informado en la Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996

El paciente tiene derecho a expresar su aprobación o no sobre el reconocimiento médico o cualquier otra prestación sanitaria llevada a cabo (Art. 32 párrafo. 1), a expresar su aprobación o negativa ante la posibilidad de intervención, métodos de tratamiento, diagnóstico etc. que pueden poner al paciente en situación de riesgo. Además el paciente tomará la decisión última después de ser informado por el médico (punto 3 Art. 34 párrafo 1 y 2).

El paciente que sea objeto de un experimento médico tiene derecho a: recibir información objetiva del beneficio y perjuicios de la participación en un experimento medico, objetivos, métodos, condiciones, fases del proceso, expectativas curativas o cognitivas del mismo y de los riesgos de retroceso o interrupción del experimento en cada momento (Art. 24 párrafos. 1, Art. 25 párrafo 1 y Art. 27 párrafo. 1); a estar informado por el médico del peligro que suponga para su salud y el riesgo para su vida en el caso de interrumpir el experimento (Art. 24 párrafos. 2); también tiene derecho a transmitir, con la suficiente anticipación al médico, su intención de interrumpir el tratamiento y que le sean indicadas las posibilidades reales que posee de distintas prestaciones sanitarias en la institución (Art. 38 párrafo, 2); y a expresar la aceptación o rechazo ante la posible publicación de su estado, (Art. 40 párrafo 4).

VI.2.21.3.3. Derecho al Consentimiento Informado en la Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994

La posibilidad de trabajar con el paciente con alumnos, viene recogida por ley en el Art. 18.

Si se pasa a formar parte de una investigación, sin consentimiento del paciente, deben indicarse las causas que justifiquen esta decisión: alteraciones psíquicas que pongan en peligro su vida directa o indirectamente, o la salud de otras personas, o que estén discapacitados para valorar sus necesidades vitales (Art. 21 párrafo 1 y 2).

El paciente tiene derecho a expresar con anterioridad el rechazo a su ingreso en el hospital psiquiátrico (Art. 28). Pudiéndose dar la situación recogida en el punto 17, que después de expresar su consentimiento de ingresar en el hospital, rechace posteriormente esta opción y tenga que someterse a criterio médico (Art. 35 párrafo. 2).

VI.2.21.3.4. Derecho al Consentimiento Informado del paciente definido en la Ley de extracción y trasplante de células, tejidos y órganos de 26 de octubre de 1995

El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar en cualquier momento la extracción de células, tejidos y órganos después de su muerte de (Art. 4 y Art. 5 párrafo. 1-4.) Y también tiene derecho a aceptar voluntariamente, ante el consenso médico, la extracción de células, tejidos u órganos en vida, con el propósito de que sean trasplantados a un receptor determinado, siempre que esté en sus plenas facultades legales (Art. 9.1 punto 7).

VI.2.22. PORTUGAL.

No hay una Ley única en cuanto a la regulación de los derechos de los pacientes. Encontramos algunas disposiciones en la Ley Fundamental de la Salud 48/90, de 24 de agosto de 1990²⁴⁰, también en la Ley de Salud Mental N ° 36/98 de 1998²⁴¹, así como en la Ley N ° 45/2003, de 22 de agosto de 2003²⁴², sobre las terapias no convencionales. Otras leyes son: la Ley n ° 12/2005, de 26 de enero de 2005, sobre la información genética personal y la información sanitaria,²⁴³ la Ley n ° 32/2006, de 26 de junio de 2006, sobre la procreación médicamente asistida,²⁴⁴ la Ley (Decreto-Ley) n ° 60/2003 de 1 de abril de 2003 sobre atención primaria de la salud²⁴⁵ y la ley (Decreto-Ley) n ° 281/2003 de 8 de noviembre de 2003 sobre la continuidad de la atención de la salud,²⁴⁶ que contiene varias disposiciones sobre los derechos de los pacientes.

Portugal firmó el Convenio de Oviedo el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 13 de agosto de 2001.

VI.2.22.1. Derecho a la Intimidad

La Ley N° 12/2005, de 26 de enero de 2005²⁴⁷ relativa a la información de la salud, obliga a las personas responsables del tratamiento de la información a que adopten las medidas oportunas para proteger la confidencialidad y para garantiza dicho deber y las normas de ética y conducta por parte de los profesionales de la salud.

El Código deontológico²⁴⁸ recoge el deber del secreto médico.

La Constitución portuguesa²⁴⁹ en su artículo 35 refuerza el derecho a la intimidad a través del control al acceso a los datos informatizados, así como el Código Civil²⁵⁰ en el artículo 80, donde se regula el Derecho a la reserva sobre el respeto de la vida privada y en el artículo 81 respecto a la limitación voluntaria de la personalidad.

La Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Diário da República, 3 de Janeiro de 2001)²⁵¹ en el Capítulo III artículo 10, (Vida privada y derecho a la información), expone que cualquier persona tiene derecho al respeto a su vida privada en lo referente a las informaciones relacionadas con la salud.

El Código penal Capítulo VII artículo 195, (de los crímenes contra la reserva de la vida privada,)²⁵² señala pena de confinamiento (hasta un año) o multa para quién, sin consentimiento, divulgara secretos de las personas, en razón de su arte, trabajo o profesión.

VI.2.22.2. Derecho a la Información

En la legislación portuguesa, el derecho a la información sobre la salud no está previsto como un derecho independiente del derecho al consentimiento informado.

El derecho a no saber no es reconocido como tal por la ley de salud portuguesa.

El Código Penal prevé la posibilidad de retener información que, si el paciente supiera, pondría en peligro su vida u ocasionaría un grave perjuicio a su salud física o mental. Esta disposición penal se utiliza también en el derecho civil. Esta excepción terapéutica debe interpretarse de manera restrictiva, sólo en el caso de algunas enfermedades cardíacas o psíquicas que puedan agravarse por la divulgación.

En la Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Diário da República, 3 de Janeiro de 2001) en el Capítulo III artículo 10.2, se señala que cualquier persona tiene derecho a conocer toda la información recogida sobre su salud. Así como que debe ser respetada la voluntad de una persona de no ser informada. Y en el párrafo 3 se señala que, a título excepcional, una ley podrá prever en interés del paciente, restricciones al ejercicio de los derechos mencionados en el número 2.

En el artículo 38 del Código deontológico, se señala que el doctor debe buscar la manera idónea de informar a la persona enferma, la familia o a quién lo representa legalmente, respecto a los métodos de diagnóstico o terapéuticos que se propone aplicar. Según el artículo 40, El pronóstico y la diagnosis se deben divulgar a la persona enferma, excepto si el doctor, por las razones que crea en conciencia, entiende no tener que hacerlas. Un pronóstico fatal se puede sin embargo divulgar solamente a la persona enferma con las precauciones aconsejadas del conocimiento exacto de su temperamento, de sus condiciones específicas y de su naturaleza moral, pero en general debe ser divulgado a la familia si el doctor lo considera indicado, a no ser que la persona enferma lo haya prohibido o indicado previamente a las personas a quiénes debe ser hecha la revelación.

VI.2.22.3. Derecho a dar el Consentimiento.

El paciente tiene derecho a decidir adoptar o rechazar la atención de la salud, a menos que existan excepciones en la ley. También tiene derecho a ser informado sobre su situación, las posibles alternativas de tratamiento y la evolución probable de su condición.

Se debe informar al paciente sobre el objetivo, la naturaleza, las consecuencias, beneficios, costos, riesgos y alternativas de diagnóstico y tratamiento, así como del retraso o la denegación de la propuesta de tratamiento. El consentimiento es válido sólo cuando el diagnóstico y la naturaleza, el alcance, la magnitud y las posibles consecuencias de la intervención o el tratamiento, han sido debidamente explicados al paciente, a menos que implique la comunicación de circunstancias que, si el paciente conociera, pondría en peligro su vida o causara un grave daño a su salud física o mental.

En Portugal no se requiere el consentimiento por escrito. El Código Penal establece que el consentimiento puede expresarse a través de cualquier medio. Una intervención sin consentimiento no es punible si sólo puede obtenerse por medio de una demora que implica peligro para la vida o lesiones graves al cuerpo o la salud del paciente. El consentimiento no es necesario cuando se haya aportado previamente para un determinado tratamiento o intervención y una diferente tiene que ser realizada, con el fin de evitar un peligro para la vida, el cuerpo o la salud del paciente y no hay circunstancias que llevaran con seguridad a la conclusión de que dicho consentimiento se habría negado.

Según el Código Penal, el consentimiento puede ser revocado libremente. Hay disposiciones jurídicas específicas que confirman este derecho.

En Portugal la declaración de voluntad anticipada solo tiene un valor indicativo.

El menor de 14 años de edad puede dar un consentimiento válido para el tratamiento médico si tiene la capacidad de entender plenamente lo que está involucrado en el tratamiento médico en cuestión. En caso de que un menor no tenga la capacidad para consentir, el consentimiento debe ser otorgado por los tutores legales del niño y sólo podrá darse a favor de los intereses del niño. Con respecto a los niños que son menores de 14 años, los padres del niño tienen el derecho de dar su consentimiento al tratamiento médico.

En caso de incapacidad legal es necesario informar al representante legal y se debe obtener su consentimiento. Pero si la persona incapaz entiende la situación, debe ser informado y además prestar su consentimiento.

Según el Art.156: las personas, indicadas en el artículo 150 del Código Penal capítulo IV (de los crímenes contra la libertad personal), que realizan intervenciones o tratamientos sin el consentimiento del paciente, son castigados con pena de confinamiento hasta 3 años o multa.

El hecho no es punible cuando el consentimiento: podía ser conseguido solamente con el aplazamiento que implica el peligro para la vida o el peligro serio para el cuerpo o la salud; o si lo habían proporcionado para cierta intervención o tratamiento, y si se realiza si hay peligro para la salud y no hay constancia de que se habría rechazado.

En el Art.157 se señala que para el efecto del artículo anterior, el consentimiento solo es eficiente cuando han informado al paciente de la diagnosis y la naturaleza, alcance, extensión y los consecuencias posibles de la intervención o del tratamiento, ahorrándose la comunicación de las circunstancias que, de ser sabidas por el paciente, pondrían en peligro su vida o serían susceptibles de causar daño serio a la salud, física ó psíquica.

El Art. 5 de la Convención sobre los derechos del hombre y de la Biomedicina (Diario de la república, 3 de enero de 2001 capítulo II) señala que cualquier intervención en el ámbito de la salud, solo se puede efectuar tras haber obtenido previamente el asentimiento libre y clarificado.

Se debe recibir previamente la información adecuada al objetivo y a la naturaleza de la intervención, así como sus consecuencias y riesgos y se puede, en cualquier momento, revocar libremente el consentimiento.

Según el Art. 6 (Sin perjuicio de los artículos 17 y 20) cualquier intervención en una persona que carece de capacidad para dar su consentimiento podrá ser efectuada en su beneficio.

En referencia a los menores, siempre que carezca de capacidad para consentir una intervención, esta no podrá ser efectuada sin autorización de su representante, de una autoridad o persona designada por ley, pero su opinión es tomada en consideración como un factor cada vez más determinante, en función de su edad y de su grado de madurez.

En el caso de un mayor que carezca de capacidad para consentir, en virtud de deficiencia mental u otro motivo similar, la intervención no podrá ser efectuada sin la autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o instancia designada por ley. De todas formas, el paciente, deberá participar en la medida de lo posible.

El representante, autoridad o persona designada, recibe la información en las mismas condiciones citadas en el Art.5. Según el artículo 8, en situaciones de urgencia en las que no se pueda obtener el consentimiento apropiado, se puede proceder a intervenir médicamente para el beneficio indispensable de la salud de la persona.

VI.2.23. REINO UNIDO

VI.2.23.1. Derecho a la Intimidad.

La protección de datos se regula de forma particular en la Data Protection Act 1998, en vigor desde 1 de enero de 2000²⁵³, donde se especifican los datos sometidos a protección, se recoge el tratamiento de estos y la forma de transmitirlos.

La Ley de 27 de marzo de 2000, The protection and use of patient information guidance from the Department of Health²⁵⁴, explica la necesidad de guardar la información personal de los pacientes, no solo para el cuidado y el tratamiento personal, sino para el cuidado médico del público en general y los propósitos administrativos.

Se trata de forma particular el procedimiento de utilización de los datos de la Historia Clínica y el secreto al que están obligados todos los profesionales que en ella participan. Esta Ley sería equivalente con lo reflejado en nuestra Ley 41/2002 respecto a los fines de la Historia Clínica y al acceso a la misma.

Los pacientes tienen derecho de acceso a sus expedientes médicos. Se restringe este derecho cuando pudiera causar daño a la salud física o mental del paciente o de terceros.

La Ley de 1998 fija incluso el coste que para el paciente tiene este derecho, estableciendo un precio máximo de 10 libras, para los expedientes informatizados, y de cincuenta libras, para las copias de expedientes manuscritos.

Se autoriza el compartir datos con otros profesionales para la mejor asistencia del paciente. Sería, según Gisbert Calabuig.²⁵⁵, nuestro secreto médico compartido.

Se coloca el interés de la salud pública sobre el individual, siempre sopesando el daño que se deriva con las ventajas probables y respetando el anonimato del paciente en todas las ocasiones que sea posible. En última instancia, el interés público se puede determinar solamente por el Parlamento, pero el General Medical Council puede requerir también justificar sus acciones si se hace una queja sobre el acceso de la información identificable sin el consentimiento.

La confidencialidad postmortem, se respeta, al igual que en España, si el paciente ha dispuesto que se mantenga.

Reino Unido no firmó ni ratificó el Convenio de Oviedo de 1997.

VI.2.23.2. Derecho a la Información

El Derecho a la Información en Reino Unido está regulado de forma muy similar a como lo está en España, especificando que en cantidad, claridad, proporcionalidad, se adecue a las circunstancias personales y culturales de cada paciente, (creencias, profesión). Se proporcionará más información en relación a la complejidad y riesgos asociados al tratamiento.

Junto a los riesgos se incluyen los cambios que el resultado del acto médico puede introducir en la vida del paciente. Se pone especial énfasis en que el proceso se utilice para docencia o investigación y la implicación de los estudiantes en cada caso.

Se contempla incluso la posibilidad de acompañar la explicación de la información con imágenes o medios audiovisuales. Así como la correspondiente traducción y la grabación en video de la consulta, en el caso que fuese necesario.

Ante algunas circunstancias en las que se plantea el tratamiento o la investigación con cierta incertidumbre, y se van tomando las decisiones con arreglo a los resultados, se procurará expresar en el documento del consentimiento, las diferentes posibilidades para que el paciente exprese cuales aceptaría y cuáles serían rechazadas. Con esta guía se actuará ante situaciones terapéuticas inesperadas en el desarrollo de un tratamiento ya en curso. Estas circunstancias se explicaran al paciente una vez recuperado.

La retención de información para beneficio del paciente (Art. 5.4 en nuestra Ley 41/2002, estado de necesidad terapéutico) o por su propio deseo, tiene regulación similar a la española. La negativa a recibir información es compatible con recibir explicaciones básicas y desde luego, se le transmitirá la importancia de delegar en otras personas sus propias decisiones. Estas circunstancias deben quedar registradas en la Historia Clínica del paciente.

La legislación inglesa recoge la posibilidad de que, previo consentimiento del paciente, éste pueda ser acompañado por una persona de su confianza. Asimismo puede expresar por escrito su oposición a determinados tratamientos, de cara al futuro, informando de ello a sus familiares. Pero no podrá imponer una clase de tratamiento futuro, si el médico no cree, llegado el momento, que sea correcto, ni tampoco en algo que esté en contra de la ley.

Los ensayos clínicos tienen sus propias exigencias respecto a la información y al consentimiento. En el caso de que se trate de enfermos mentales, se aplicará La Ley de Salud Mental de 1983.

VI.2.23.3. Derecho a dar el Consentimiento.

Respecto al derecho al consentimiento informado el Departamento de Salud publicó doce puntos (12 key points on consent: The law in England Department of health March 2001)²⁵⁶ en los que se resumen los requisitos de forma muy similar a la española.

En general la primera cuestión es la capacidad del paciente para comprender y decidir, en caso contrario se arbitrarían medidas para el consentimiento por representación en el caso de incapacitados, menores y enfermos mentales.

Respecto a los menores cuando tienen más de 16 años se les considera capaces de consentir respecto a si mismos. Pero en determinadas ocasiones cuando el niño de 16 años capaz, rehúsa un tratamiento, se permite la intervención de los padres o del juez en busca del mejor interés del menor. En Escocia es distinto, si con 16 años y capaz se rechaza un tratamiento no pueden intervenir los padres en protección de sus intereses. En edades menores dependerá de la complejidad del caso y de los riesgos y beneficios. En los menores de 16 años, la opinión de los padres prevalece.

En relación a la obtención del consentimiento, lo habitual es que sea el médico que va a prestar la asistencia, aunque en circunstancias particulares podrá hacerlo otro facultativo capacitado para ello. El consentimiento continuado suele darse de forma oral, mientras que para actos concretos puede quedar por escrito. La discusión versa sobre si un documento escrito firmado, realmente indica la comprensión de la información y la voluntad del paciente.

Los pacientes adultos, capaces, pueden rechazar el tratamiento, incluso cuando beneficiaria claramente su salud. La única excepción a esta regla es cuando el tratamiento se aplique para un desorden mental y se retiene al paciente bajo las condiciones de la Ley de Salud Mental de 1983.²⁵⁷

Según The duties of a doctor registered with the General Medical Council Patientets' right to confidentiality, April 2004²⁵⁸ lo relativo a la obtención del consentimiento y confidencialidad de los pacientes, se regula desde la perspectiva ético-deontológica, poniendo especial reflexión y atención en el trato individualizado de cada paciente. Detallando que para determinar si los pacientes han dado consentimiento informado a cualquier investigación propuesta o tratamiento, se debe considerar cómo se han entendido los detalles y las implicaciones de lo que se propone, y no simplemente la forma en la cual se ha expresado o se ha registrado su consentimiento.

VI.2.24. REPÚBLICA CHECA

Los derechos de los pacientes vienen recogidos de forma fragmentaria en diversos textos legales. Uno de ellos es la Ley N° 20/1966²⁵⁹ de atención de la salud que ha sido objeto de numerosas modificaciones.

En 1992, el Comité Central de Ética del Ministerio de Salud elaboró un Código de derechos del paciente en instituciones de salud,²⁶⁰ en el que se afirma que los pacientes tienen condicionalmente derecho a ser informados, a rechazar el tratamiento, al respeto de su vida privada y a la confidencialidad.

En 1992 se redactó también el Código Ético de Médicos de la República Checa,²⁶¹ que también contiene derechos de los pacientes. Pero ambos Códigos no son vinculantes en la legislación, ya que tienen efectos jurídicos limitados.

La República Checa firmó el Convenio de Oviedo el 24 de mayo de 1998 y lo ratificó el 22 de junio de 2001.

VI.2.24.1. Derecho a la Intimidad (leyes 20/66, 48/07 y 256/92²⁶²)

Se reconoce el derecho a la intimidad y a la privacidad durante el tratamiento o la cura; El profesional de la salud debe mantener la confidencialidad y discreción de todos los hechos y documentos que conoce en el ejercicio de su profesión, salvo si se lo permite el interesado o si está exento de este deber por su órgano superior en el interés del Estado.

VI.2.24.2. Derecho a la Información (leyes 20/66, 48/07 y 256/92)

El paciente tiene derecho a recibir todo tipo de información sobre su estado de salud y a obtener de su médico la información necesaria para tomar decisiones bien fundamentadas, antes del inicio de un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico.

VI.2.24.3. Derecho a dar el Consentimiento (leyes 20/66, 48/07 y 256/92)

El paciente tiene derecho al consentimiento informado y a rechazar un tratamiento y ser informado sobre las consecuencias de su decisión.

El consentimiento se puede prestar de forma oral, escrita y no verbal o implícita, si no hay dudas de lo que la parte pretende.

Se requiere el consentimiento escrito en los casos de investigación médica y en las intervenciones médicas que no sean en su beneficio personal y directo.

Es posible examinar al paciente sin su consentimiento y comenzar procedimientos terapéuticos y, si es necesario, dada la naturaleza de la enfermedad, admitir al paciente en el hospital, pero sólo en los casos definidos en el artículo 23 de la Ley de atención de la salud de 1966.

La Ley checa no prevé una edad concreta para la "mayoría médica". En el Código Civil ²⁶³se recoge que la mayoría de edad se alcanza a los 18 años. Si un menor no puede ser considerado capaz, el consentimiento tiene que ser dado por su padre. En tal caso, el derecho a la información se delega en el padre. Si un padre o tutor se niega a dar su consentimiento para una intervención que se considera necesaria para salvar la vida de un niño o su salud, el médico podrá proceder a la intervención.

Si es necesaria una intervención para salvar la vida de una persona con discapacidad legal y el tutor se niega, el médico tiene derecho a decidir por sí mismo.

VI.2.25. RUMANIA

En Rumania, la ley que estudia el derecho a la intimidad, a la información y a prestar el consentimiento informado es la Legea nr. 46 din 21.01.2003 privind drepturile pacientului, Monitorul Oficial nr. 51 din 29.01.2003.²⁶⁴

Rumania firmó el Convenio de Oviedo de 1997 el 4 de abril de 1997 y lo ratificó el 24 de abril de 2001.

VI.2.25.1. Derecho a la Intimidad -Capítulo 4- (Art.21-25)

Toda la información del paciente resultante de la investigación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y datos personales son confidenciales, (Art.21)

En el Art.24 se refleja el derecho del paciente al acceso a sus datos personales.

VI.2.25.2. Derecho a la Información -Capítulo 2- (Art. 4-12)

En el Art.6 se recoge el derecho del paciente a recibir información antes de una intervención médica y a conocer los riesgos potenciales de dicha intervención. También tiene derecho a conocer las alternativas existentes a los procedimientos que se le van a aplicar y las recomendaciones médicas de diagnóstico o pronóstico. Se debe proporcionar la información en un lenguaje claro, respetuoso, minimizando la terminología de la especialidad y si el paciente no conoce la lengua rumana, se la facilitará en su lengua materna o en otra forma de comunicación en la que sea capaz de entenderla (Art.8).

VI.2.25.3. Derecho a dar el Consentimiento -Capítulo 3- (Art.13-20)

El paciente puede rehusar la realización de una intervención médica. Se necesita el consentimiento del paciente antes de las intervenciones pero en caso de gravedad, se exime a los médicos de este requisito.

En los casos en que el servicio médico considere necesaria una intervención y el representante legal se oponga a dar el consentimiento, se dará en arbitraje a una comisión de especialistas compuesta por tres médicos del hospital y dos del servicio ambulatorio.

VI.2.26. SUECIA

En Suecia los derechos de los pacientes no están concretamente regulados en una ley específica aunque si están protegidos. El sistema de atención de salud y atención personal está bajo la supervisión de la Junta Nacional de la Salud y Bienestar, que se encarga de apoyar y supervisar las actividades de los servicios de salud y de las medidas adoptadas por el personal asistencial. Este control tiene por objeto la prevención de las lesiones y la eliminación de riesgos en el sistema de atención de salud. Los pacientes que deseen denunciar irregularidades o deficiencias en el sistema, están en condiciones de hacerlo en una de las seis unidades de las Juntas Regionales de Supervisión en Estocolmo, Göteborg, Jönköping, Malmö, Umeå y Örebro.

La Federación de Consejos de Condado emitió y envió a todos los Consejos una Carta que contiene varios principios para la promoción de los derechos de los pacientes, sobre la base de la legislación vigente y los acuerdos entre la Federación de los Consejos de Condado y el Estado. De esta forma se unifica la labor a favor de la promoción de estos derechos aunque no pueden exigirse ante un tribunal.

Cada Consejo de Condado y municipio debe tener un comité de los pacientes que, en base a los comentarios y quejas de estos, los apoya, ayuda y contribuye a la calidad del desarrollo en el sistema de atención de salud, proporcionando a los pacientes la información que necesitan para salvaguardar sus intereses, promoviendo el contacto entre los pacientes y el personal de atención de salud, presentando informes a los proveedores de atención de las unidades de atención y las observaciones e irregularidades de importancia para los pacientes.

Los pacientes pueden acudir a la Junta Médica de Responsabilidad en caso de que consideren que un profesional público o privado, en la atención de la salud, ha hecho caso omiso de sus obligaciones y debe recibir una sanción disciplinaria (una advertencia o recordatorio).

La Junta Médica de Responsabilidad contiene en su Web, formularios de solicitud y la información en seis idiomas para los pacientes y sus familias.

Suecia firmó el Convenio de Oviedo de 1997 el 4 de abril de 1997 pero no lo ratificó.

VI.2.26.1. Derecho a la Intimidad y Derecho a la Información.

The Health and Medical Service Act 1982:763 Promulgada el 30 de junio de 1982 - Sección 2a y 2b,²⁶⁵ reconoce el respeto a la autodeterminación y privacidad del paciente y especifica que se proporcionará al paciente información individualizada concerniente a su estado de salud y de los tratamientos y métodos disponibles a su alcance. Si resultare imposible dar esta información al paciente, se les facilitará a las personas próximas a él.

En la Ley de Servicios Médicos (hälso-och sjukvårdslagen, HSL, 1982:763)²⁶⁶ hay una serie de disposiciones legales destinadas a proteger la confidencialidad y la privacidad de los pacientes, así como en la Ley de actividades de la salud y la atención médica sobre el terreno (lagen om yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens localización, LYHS, 1998:531),²⁶⁷ y las leyes que rigen el uso de la información, tales como la Ley del Secreto (sekretesslagen, 1980:100²⁶⁸), la Ley de datos personales (personuppgiftslagen, PUL, 1998:204)²⁶⁹, y la Ley de Registros de Atención (lagen om vårdregister, 1998:54).²⁷⁰

Los pacientes deben ser informados de su estado de salud. Si esta información no puede ser suministrada al paciente, como ya hemos señalado, se le proporcionará a un pariente cercano. La información, sin embargo, no puede darse si hay motivos para creer que facilitar esa información estaría en conflicto con las restricciones previstas en determinadas situaciones. Entre las normas introducidas en 1999, figura que el personal sanitario tiene la obligación de proporcionar información.

VI.2.26.2. Derecho a dar el Consentimiento

En la Sección 1 de Biobanks in Medical Care, Act 2002:297, Promulgada el 23 de mayo de 2002, que entró en vigor 1 de enero 2003,²⁷¹ se señala que, a excepción de los casos de la sección 2 (menores), las muestras de tejido no deben ser obtenidas sin informar primero al donante de la intención y el propósito del banco genético y sin obtener su consentimiento.

Respecto a los menores hay que obtener el consentimiento del padre o tutor del menor. Si el menor tiene edad y nivel de madurez para tomar una decisión, le corresponde a él.

La Sección 6 recoge la revocación del consentimiento en cualquier momento.

El personal sanitario que presta cuidados de salud tiene la obligación de obtener el consentimiento del paciente antes de proceder a cualquier forma de intervención física. No hay requisitos especiales para el consentimiento formal, a excepción de las intervenciones invasivas.

La atención médica sin el consentimiento del paciente, sólo se permite cuando el texto estatutario lo dice explícitamente. Las posibilidades de atención médica sin el consentimiento del paciente se encuentran en diferentes estatutos, por ejemplo, de acuerdo con la Ley de castración (1944:133),²⁷² la castración se puede realizar sin el consentimiento del paciente, si el paciente, a causa de trastorno mental es incapaz de dar su consentimiento a la intervención. También encontramos casos de no requerimiento del consentimiento en la Ley de uso indebido de drogas (1988:870),²⁷³ en la Ley de Cuidado de los jóvenes (1990:52)²⁷⁴ y la Ley de Atención Psiquiátrica (1991:1128).²⁷⁵

VI.3. TABLA DE RESULTADOS EN LA UE.

A continuación se expresa en fichas individuales de cada país los resultados obtenidos en el estudio comparativo de los derechos a la Intimidad, a la Información y a dar el Consentimiento, así como la referencia a alguna de las normativas empleadas.

En cada tabla aparece en la franja superior el nombre del país. El fondo, en color azul oscuro o claro, nos indica si el país tiene ley específica o no respectivamente, en relación a la materia motivo de estudio (mapa en Pág. 252).

La bandera aparece en la parte superior derecha y su izquierda un símbolo sobre la firma, no ratificación o ratificación del Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa (Convenio de Oviedo. mapa en Pág. 255).

	CON LEY ESPECÍFICA		FIRMADO Y RATIFICADO
	SIN LEY ESPECÍFICA		FIRMADO Y NO RATIFICADO
			NO FIRMADO Y NO RATIFICADO

R.D.A.  			
NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
Remisión a la Carta de los Derechos de los pacientes europea.	Desde 2002 obligación secreto médico por ley (Código de conducta profesional).	Derecho al acceso a todo tipo de información sobre su estado de salud.(art.3 Carta E).	Tras recibir toda la información que pueda permitirle participar activamente en las decisiones que conciernan a su salud(art.4 Carta E).

AUSTRIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>Carta de los Derechos de los pacientes (BLF1999/195) y recopilación de numerosas leyes.</p>	<p>Derecho a la esfera privada junto al derecho a la confidencialidad, dignidad discrecion y mantenimiento de secreto(Carta).</p>	<p>Derecho a adecuada información y explicación médica y derecho de acceso Hª clínica.</p>	<p>Derecho a la libre elección del paciente.</p>

BÉLGICA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Ley 22 agosto de Derechos de los pacientes 2002. -Código deontológico 1995 y otras legislaciones.</p>	<p>Respeto a la dignidad e intimidad(art.5 y 10 Ley 2002).</p>	<p>Derecho a información leal, clara y apropiada. Se puede solicitar por escrito y ésta puede ser proporcionada a la persona que el designe(art.35,1 Código deontológico).</p>	<p>Derecho a consentir libremente, previa información y debe realizarse expresamente. (art.8 Ley 2002).</p>

BULGARIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
Ley de Salud que entró en vigor el 1 de enero de 2005 y otras legislaciones.	El paciente, como tal, tendrá derecho a la protección de los datos referidos a su salud (Ley 2005).	Claridad y accesibilidad a la información sobre su estado de salud y los métodos de su tratamiento(Ley 2005).	Las actividades médicas se realizarán después de que el paciente exprese su consentimiento informado(art.87 Ley 2005).

CHIPRE



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
Ley de Derechos de los pacientes de 7 de enero de 2005 y Notebook of rights of patients, al que se refiere el Boletín de Salud de la U.E Nº 9 de febrero 2008.	Se recoge el respeto a la intimidad, a la vida privada al cuidado de su salud y a la dignidad. Se observará la confidencialidad de toda información que concierne al paciente: diagnóstico, previsión tratamiento, así como la información de carácter personal aún después de su muerte.	Se proporcionará la información de forma comprensible, con la menor terminología técnica y durante el tiempo que requiera el paciente, para su perfecto entendimiento. (Boletín 9,2008.)	Hay que prestar el consentimiento antes de someterse a cualquier prueba, experimento o investigación científica (art.11Ley 2005).

DINAMARCA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Act-Law No 546 de 24 junio 2005 que entró en vigor el 1 de enero de 2007</p> <p>-Act. No. 429 de 10/06/2003 que entró en vigor el 1 de enero de 2004</p> <p>- Act of processing Data 31 May 2002</p> <p>- Código Criminal,cap.2.7.</p>	<p>Se prohíbe el proceso de datos personales concernientes a la salud y se ofrece protección de la privacidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud.(Ley 31 mayo 2002).</p>	<p>Se regula como parte del derecho al consentimiento informado.</p> <p>Incluyendo los riesgos, complicaciones y efectos colaterales. Debe ser continuada y más comprensible cuantos más riesgos y efectos secundarios tenga el tratamiento(Ley 2005).</p>	<p>Ningún tratamiento puede ser iniciado o continuado sin el consentimiento informado del paciente(Ley 2005).</p>

ESLOVAQUIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Ley 576/2004 C.L.(Código de Leyes) de cuidados sanitarios, servicios relacionados con prestación de cuidados sanitarios</p> <p>-Ley 428/2002 de Protección de Datos</p>	<p>Protección de la intimidad en todo el proceso asistencial. Y de la dignidad de la persona, su integridad psicofísica y derecho a un trato humano y ético. (Ley 428/2002 de Protección de Datos).</p>	<p>La información se referirá a su intención, su naturaleza, las consecuencias Riesgos del tratamiento y en caso de rechazo, y se insiste en la posibilidad que tiene el paciente de elegir. Será comprensible y con plazo suficiente para la reflexión(Ley 2004).</p>	<p>El derecho del paciente al consentimiento informado es uno de los derechos básicos en Eslovaquia. El consentimiento informado debe ser dado por el paciente o por su representante legal, si es incapaz de dar su consent. Inf.(Ley 2004).</p>

ESLOVENIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Ley de Derechos de los Pacientes de 29 de enero de 2008</p> <p>-Constitución Eslovana</p> <p>- Ley de protección de datos 2005.</p>	<p>La Constitución garantiza la inviolabilidad de la integridad física y mental de cada persona, su intimidad y los derechos de la personalidad, también la protección de los datos y el secreto médico.</p>	<p>El paciente tiene el derecho a ser informado de su situación médica y del curso probable y las consecuencias de la enfermedad o lesión Y sobre la finalidad, el tipo, la forma de aplicación, la probabilidad de éxito y los beneficios esperados y los resultados del tratamiento.</p>	<p>-El principio fundamental es que cualquier procedimiento médico requiere el consentimiento del paciente (Constitución).</p> <p>- La Cirugía u otro tratamiento médico, asociado a un mayor riesgo o tensión, requieren el consentimiento escrito por parte del paciente en un formulario especial.</p>

ESTONIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Ley de Obligaciones de 2001, que entró en vigor el 1 de julio 2002.</p> <p>- Ley de protección de datos personales de 12 de febrero de 2003.</p> <p>- Reglamento. N ° 144 sobre Requisitos de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud.</p>	<p>Los servicios de salud deberán mantener la confidencialidad de la información relativa a la identidad de los pacientes y su estado de salud(Ley 2001).</p>	<p>El derecho a recibir información sobre el estado de salud, se menciona en la Ley de Obligaciones de 2001 como parte del derecho al consentimiento informado.</p>	<p>La Ley 2001 prevé expresamente el requisito del consentimiento informado. Un paciente puede ser examinado y los servicios de salud pueden atenderle con su consentimiento. El médico puede pedir que se confirme el consentimiento por escrito. Además el Reglamento N ° 144 sobre Requisitos de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud requiere el consentimiento del paciente en caso de los procedimientos que puedan implicar riesgos y tiene que ser documentado y firmado por el paciente o la persona que lo represente y tiene que ser preservado junto con la tarjeta sanitaria o el historial del paciente.</p>

FINLANDIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>- Ley sobre la condición y los derechos de los pacientes (No.785, de 17 de agosto de 1992, modificada en 1999) Entró en vigor el 1 de marzo de 2005.</p> <p>- art.8 Constitution finlandesa.</p>	<p>-Los servicios de asistencia médica no darán información de los pacientes sin su consentimiento</p> <p>- El artículo 8 de la Constitución establece que la vida privada, el honor y la casa de todas las personas deberán estar protegidos.</p>	<p>El paciente tiene derecho a ver y corregir la información de sus historias El paciente deberá ser informado sobre su estado de salud, el tratamiento aplicado o las alternativas a dicho tratamiento y sus efectos, en un lenguaje comprensible.</p>	<p>Tiene que haber un entendimiento mutuo entre el paciente y el profesional de la salud, para poder proporcionar el consentimiento.</p> <p>En el caso de los procedimientos de tratamiento de un menor, el hecho de que una persona ha intentado el tratamiento, puede ser considerado como consentimiento del paciente.. En principio, sin embargo, el consentimiento de los pacientes debe ser aclarado a través de la discusión.</p>

FRANCIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>1.- La carta de la persona hospitalizada, (circulaire ministérielle du 2 mars 2006).</p> <p>2.-Art.226-13 y 226-14 Código Penal.</p> <p>3- Code de la sante publique.</p> <p>4- Ley N º 2005-370 relativa a los derechos de los pacientes y el final de la vida que entró en vigor El 22 de abril de 2005.</p> <p>5- Ley nº 2002-303 de 4 de marzo de 2002.</p>	<p>-Se respetarán las creencias intimidad y tranquilidad del paciente (1).</p> <p>- Se garantizan a todas las personas el respeto de la vida privada y la confidencialidad de las informaciones personales, administrativas, médicas y sociales que le conciernan(1).</p> <p>-El secreto médico, instituido para proteger a la persona enferma, se impone al médico (2).</p>	<p>-El médico debe, proporcionar una información accesible y leal.</p> <p>También debe responder con tacto y de un modo adaptado a las cuestiones que le son expuestas(1).</p>	<p>Un acto médico puede ser practicado sólo con consentimiento libre y consciente del paciente.(3).</p> <p>La intangibilidad de la integridad corporal de cada persona y la indisponibilidad del cuerpo humano son principios fundamentales, los cuales pueden ser contravenidos sólo por necesidad médica para la persona y con su consentimiento previo (1).</p>

GRECIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>Código Deontológico de medicina (Con fecha 8 de Nov. se firmaron las actas formales del Parlamento griego. Ley 3418 FEK, A, 287/28-11-2005 actualizando el anterior Código de 1955).</p>	<p>El médico no debe decir nada de lo conocido por el paciente u otras personas en el marco de su ejercicio. Los ayudantes deben observar la misma conducta. Para que el Derecho a la Intimidad sea eficaz el médico debe supervisar a sus colaboradores durante el proceso y preservar el derecho después del proceso.</p>	<p>El médico tiene el deber de decir la verdad al paciente. Debe de informar de la totalidad de la situación de su salud tanto en lo referente al contenido, resultado de las pruebas, riesgos que conllevan, las alternativas, así como el tiempo posible de la recuperación. No hay obligación de informar por escrito.</p>	<p>El médico no puede realizar ningún acto médico sin consentimiento del paciente, prestado después de ser informado.</p>

HUNGRÍA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>Ley de Derechos y Obligaciones de los Pacientes 1997.</p>	<p>La Ley de Salud establece el derecho a la intimidad como un derecho del paciente. El paciente tiene derecho a tener su exploración y tratamiento en circunstancias que no pueda ser visto o escuchado por otros, sin su consentimiento, a menos que sea inevitable debido a una emergencia o situación crítica.</p>	<p>El paciente tendrá derecho de ser informado de forma individualizada y detallada. También tendrá derecho de designar a una persona por escrito o de cualquier otra manera creíble que deba ser informada en su lugar. El paciente tiene derecho de saber la identidad, las calificaciones y el estado profesional de los que le proporcionan directamente servicios.</p>	<p>El paciente tendrá derecho a la autodeterminación, que se puede restringir solamente en los casos y en las formas definidas por la ley. Puede prestar dicho consentimiento verbalmente por escrito o incluso puede ser deducido de su comportamiento.</p>

IRLANDA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
-18 de abril de 2005, revisión de la Carta Europea de los derechos de los pacientes de 2004, y en la ley y los Códigos de ética profesionales irlandeses.	Toda persona tiene derecho a la confidencialidad de la información personal, incluyendo información sobre su estado de salud y las posibilidades de diagnóstico procedimientos terapéuticos, así como la protección de su intimidad durante la ejecución de exámenes de diagnóstico, visitas de especialistas y médicos y tratamientos quirúrgicos en general (art.6 Carta Europea).	Los procedimientos médicos o quirúrgicos en Irlanda no pueden ser realizados sin el consentimiento informado del paciente. La ley no es clara sobre la cantidad de información que un doctor debe dar al paciente.	Si una persona realiza procedimientos médicos o quirúrgicos sin el consentimiento, podría ser acusado del equivalente a nuestro delito de coacciones, "crime of assault". Y podría ser demandado por agravio a la persona y posiblemente por la violación de derechos constitucionales Si el implicado es un profesional médico, podría ser demandado por negligencia. El paciente puede tomar la iniciativa para estas acciones.

ITALIA 1



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
- Art 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana; - Código Penal italiano. -Codice di Deontologia Medica /1998. - Ley constitutiva del Servicio Sanitario Nacional. -Ley Protección de Datos de 30 de junio de 2003.	El Código Deontológico recoge el secreto profesional. El médico debe mantener el secreto sobre todo lo que se confía a él y sobre lo que puede saber debido a su profesión.	El derecho del paciente a la información sobre su salud no está estipulado como un derecho específico. El médico debe proporcionar al paciente la información más adecuada sobre el diagnóstico, el pronóstico, y el eventual diagnóstico y alternativas terapéuticas y acerca de las consecuencias previstas de la elección realizada. Se debe tener en cuenta el grado de entendimiento del paciente.	-El Código deontológico de 1998 italiano establece, según las normas constitucionales (artículo 40) el consentimiento del paciente, como fundamento de todo tratamiento sanitario. - La Constitución Italiana señala en su artículo 32 que ningún hombre puede ser obligado a someterse a un tratamiento otorgado sino por disposición de ley.

ITALIA 2



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
		<p>En el campo de la oncología se realizó un estudio muy preciso cuyos resultados se presentaron en el Congreso de la Sociedad Europea para la Oncología Médica de Niza, (20 de octubre de 2002) en el cual se demostró, con la colaboración de 3300 pacientes, que un enfoque estructurado para proporcionar información de la salud a pacientes de cáncer revela una gran diferencia para su bienestar psicológico y físico, y han recomendado que se debería aplicar en todas las unidades de oncología.</p>	<p>El consentimiento al tratamiento es pues el fundamento de la práctica médica.</p> <p>- El párrafo 5 del art. 33 de la ley constitutiva del Servicio Sanitario Nacional señala que el sanitario se sienta en el deber de tomar "toda iniciativa que se destina a garantizar el consentimiento y la participación de los que se obligan allí" y que los tratamientos deben ser adoptados respetando al mismo tiempo la dignidad del hombre y los derechos civiles y políticos, incluido el derecho de libre elección del médico y el lugar de tratamiento.</p>

LETONIA



NORMATIVAS	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>Con Enmiendas del 20 de junio de 2001 la LEY de Medicina promulgada por El Saeima y el Presidente de Estado surte efecto el 1 de octubre de 1997.</p>	<p>La información sobre el tratamiento del paciente, diagnóstico de enfermedad y previsión, así como la información que los médicos han adquirido en el proceso asistencial sobre la vida privada del paciente o sus parientes más cercanos será confidencial</p>	<p>Derecho a recibir una información de modo comprensible, sobre el diagnóstico de su enfermedad, plan de examen y tratamiento, y de otros métodos de tratamiento y previsión así como al proceso de tratamiento de otros médicos dentro de los límites de su capacidad.</p>	<p>El paciente tendrá el derecho de rechazar completamente o en parte el examen ofrecido o el tratamiento, certificándolo con la firma.</p>

LITUANIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>1.-LAW ON THE HEALTH SYSTEM 1998 .</p> <p>2.- Ley sobre los derechos de pacientes y compensación del daño a su salud 1996.</p> <p>3.- Código Civil lituano 2001.</p>	<p>La accesibilidad de la información relacionada con la salud individual será restringida con la idea de asegurar la inviolabilidad de la intimidad y el secreto sobre la salud de la persona</p> <p>La vida privada de los pacientes será inviolable (1).</p>	<p>El paciente tendrá derecho a la información sobre la condición de su salud, el diagnóstico de enfermedad, resultados de examen médicos, métodos de tratamiento y el pronóstico de tratamiento. La información debe ser suministrada al paciente en una forma comprensible, con una explicación de los términos médicos complicados (2).</p>	<p>El derecho al consentimiento informado se ha formulado de manera negativa tanto en la Ley de Derechos del Paciente y el Código Civil.. En la primera se establece que un paciente no puede ser tratado en contra de su voluntad y puede rechazar el tratamiento establecido. Si existe otra alternativa del tratamiento, deben ofrecersela. La ley lituana exige la forma escrita como requisito general para el consentimiento del paciente.</p> <p>En relación a los menores, El Código Civil establece que con 16 años se puede consentir.</p>

LUXEMBURGO



NORMATIVAS	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>- La Ley de establecimientos hospitalarios de 28 de agosto de 1998</p> <p>- Código de ética médica de 7 de julio de 2005</p> <p>- Loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.</p>	<p>La Ley de 2 de agosto de 2002 de protección de datos de carácter personal protege las libertades y los derechos fundamentales de las personas físicas, particularmente de su vida privada, con respecto al proceso de datos a carácter personal</p> <p>- La Ley de establecimientos hospitalarios señala que cada paciente tiene derecho a la confidencialidad. El médico debe velar por que los que le asisten a él sigan instrucciones en lo que respecta a su obligación de confidencialidad.</p>	<p>La Ley de establecimientos hospitalarios menciona el derecho a la información sobre la salud del paciente, pero sólo en relación con la información anterior a la autorización.</p> <p>El Código de ética médica, sin embargo, reconoce explícitamente en el marco de su libre determinación, el derecho del paciente a no saber. Este también implica el reconocimiento del derecho a saber.</p>	<p>El Código de ética médica. señala que el libre consentimiento es un derecho del paciente. Y que el primer deber del médico es el respeto a la autonomía de la voluntad</p>

MALTA



NORMATIVAS	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Mental health Act 2007. Rights of mental healthcare users. Part II</p> <p>- Constitución de Malta</p>	<p>Derecho a la confidencialidad de todos los datos del paciente, su enfermedad y tratamiento(art.3.1.j Act 2007)</p> <p>La Constitución tutela la privacidad en el hogar u otra propiedad.</p>	<p>Derecho a ser adecuadamente informado sobre los servicios y opciones de tratamiento de acuerdo a sus necesidades(art.3.1.g Act 2007)</p>	<p>Derecho a dar consentimiento libre e informado antes de cualquier tratamiento. Tal consentimiento debe de ser recogido en la Hª Clínica del paciente(8Art.3.1.i Act 2007)</p>

PAÍSES BAJOS



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>Ley de derechos de los pacientes de 1995 y otras legislaciones.</p>	<p>Derecho a la intimidad y privacidad especialmente protegido en el ámbito sanitario.</p>	<p>Se puede comunicar el diagnóstico sin tener en cuenta los deseos del paciente, si el médico considera que ello es mejor para los intereses de su paciente y si el desconocimiento pudiera producir un daño serio a la salud del paciente.</p>	<p>-El tratamiento médico de los pacientes solo se permite con su consentimiento o el de las personas facultadas para decidir por ellos.</p> <p>- Respecto a la eutanasia, en Holanda rige la Ley de 2002 de la Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.</p>

POLONIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>1-Ley de 30 de agosto de 1991.</p> <p>2- Carta de Derechos del Paciente de diciembre de 1998.</p> <p>3-Otras legislaciones.</p> <p>4-(Ley Dº Pacientes nov.2008,no ha entrado en vigor).</p>	<p>Derecho al respeto en todo momento a la intimidad y dignidad mientras se le ofrezcan prestaciones sanitarias(1).</p>	<p>El paciente tiene derecho a recibir información sobre su estado de salud y a una adecuada información sobre los beneficios y perjuicios de las prestaciones sanitarias que va a recibir(1).</p>	<p>El paciente tiene el derecho a expresar su consentimiento a aceptar los servicios de salud tras una información adecuada(1.).</p>

PORTUGAL



NORMATIVAS	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>- La Constitución portuguesa.</p> <p>- Código Civil.</p> <p>- Código Penal.</p> <p>- Ley Nº 12/2005 de 26 de enero 2005.</p>	<p>La Constitución portuguesa en su artículo 35 refuerza el derecho a la intimidad a través del derecho al acceso a los datos informatizados, así como el Código civil en el art. 80 donde se regula el Derecho a la reserva sobre el respeto de la vida privada y en el art. 81, respecto a la limitación voluntaria de la personalidad .</p> <p>La Ley de 2005 obliga a adoptar medidas para proteger la confidencialidad del paciente.</p>	<p>El derecho a la información sobre su salud no está previsto como un derecho independiente del derecho al consentimiento informado.</p>	<p>El paciente tiene el derecho a decidir adoptar o rechazar la atención de la salud.</p> <p>En Portugal el consentimiento no se requiere por escrito.</p> <p>El Código Penal establece que el consentimiento puede expresarse a través de cualquier medio.</p>

REINO UNIDO



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>-Ley de 27 de marzo de 2000, The protection and use of patient information guidance from the Department of Health.</p> <p>- 12 key points on consent: The law in England Department of health March 2001.</p> <p>- The duties of a doctor registered with the General Medical Council Patientets' right to confidentiality, April 04.</p>	<p>En Reino Unido se trata de forma particular el procedimiento de utilización de los datos de la Historia Clínica y el secreto al que están obligados todos los profesionales que en ella participan. La regulación es muy similar a la de nuestra Ley 41/2002 respecto a los fines de la Historia Clínica y al acceso a la misma.</p>	<p>En Reino Unido se especifica en qué cantidad, claridad, y proporción se debe dar la información y además se tiene que adaptar a las circunstancias personales y culturales de cada paciente (creencias, profesión).</p> <p>Se proporcionará más información en relación a la complejidad y riesgos asociados al tratamiento.</p>	<p>The duties of a doctor registered with the General Medical Council Patientets' right to confidentiality, April 2004 regula desde la perspectiva ético-deontológica lo relativo a la obtención del consentimiento y confidencialidad de los pacientes, poniendo especial reflexión y atención en el trato individualizado de cada paciente.</p> <p>Detallando que para determinar si los pacientes han dado consentimiento informado a cualquier investigación propuesta o tratamiento, se debe considerar cómo se han entendido los detalles y las implicaciones de lo que se propone, y no simplemente la forma en la cual se ha expresado o se ha registrado su consentimiento.</p> <p>Respecto a los menores, en Escocia es distinto al resto del país, si con 16 años y capaz se rechaza un tratamiento, no pueden intervenir los padres en protección de los intereses del menor.</p>

REPÚBLICA CHECA



NORMATIVAS	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO DAR CONSENTIMIENTO
<p>Leyes 20/66, 48/07 y 256/92</p>	<p>El profesional de la salud ha de mantener la confidencialidad acerca de todos los hechos y documentos que conoció en relación con el ejercicio de su profesión.</p>	<p>El paciente tiene derecho a recibir la información necesaria sobre su estado de salud para tomar decisiones bien fundamentadas antes del inicio de un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico.</p>	<p>Sin el consentimiento del paciente, no es posible comenzar procedimientos terapéuticos. El paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento y ser informado sobre las consecuencias de su decisión</p>

RUMANIA



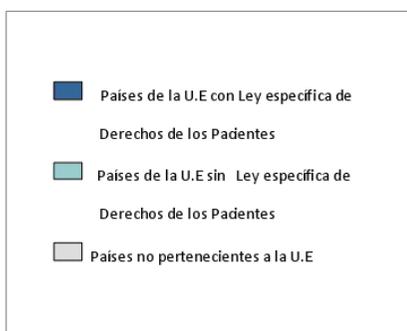
NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>Legea nr. 46 din 21.01.2003 privind drepturile pacientului, Monitorul Oficial nr. 51 din 29..01.2003.</p>	<p>Toda la información del paciente resultante de la investigación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y datos personales son confidenciales(art 21).</p>	<p>Se reconoce el derecho del paciente a recibir información antes de una intervención médica y a conocer los riesgos potenciales de dicha intervención. También tiene derecho a conocer las alternativas existentes a los procedimientos que se le van a aplicar y las recomendaciones médicas de diagnóstico o pronóstico En el art.8 se señala que se debe de proporcionar la información en un lenguaje claro y en la lengua o forma necesaria para su comprensión.(art 6).</p>	<p>Se necesita el consentimiento del paciente antes de las intervenciones, pero en caso de gravedad se exime a los médicos de este requisito.</p>

SUECIA



NORMATIVA	DCHO INTIMIDAD	DCHO INFORMACIÓN	DCHO A DAR CONSENTIMIENTO
<p>1.-The Health and Medical Service Act 1982:763 Promulgada el 30 de junio de 1982. 2. - Biobanks in Medical Care Act 2002:297. - Ley de castración (1944:133). Ley de Cuidado de los jóvenes (1990:52). Ley de uso indebido de drogas (1988:870). - Ley Atención Psiquiátrica (1991:1128).</p>	<p>Respeto a la autodeterminación y privacidad del paciente (1).</p>	<p>Se proporcionará al paciente información individualizada concerniente a su estado de salud y de los tratamientos y métodos disponibles a su alcance. Si resultare imposible dar esta información al paciente, se les facilitará a las personas próximas a él.(1).</p>	<p>El personal de atención de la salud tiene la obligación de obtener el consentimiento del paciente antes de proceder a cualquier forma de intervención física (2). Las posibilidades de atención médica sin el consentimiento del paciente se encuentran en diferentes estatutos. Por ejemplo, la castración se puede realizar sin el consentimiento del paciente, de acuerdo con la Ley de castración (1944:133), si el paciente, a causa de trastorno mental es incapaz de dar su consentimiento a la intervención. También, en el cuidado de los Jóvenes, Ley (1990:52), en la atención de las personas, Ley de uso indebido de drogas (1988:870), y en la de Atención Psiquiátrica Ley (1991:1128).</p>

MAPA REPRESENTATIVO DE LA U.E.



VII. DISCUSIÓN EN LA UE

Tras un minucioso estudio de las legislaciones de todos los países de la U E. podemos hacer algunas consideraciones acerca del tratamiento que en ellas tienen los tres derechos estudiados en nuestro trabajo. Tanto el derecho a la intimidad, como a la información y a dar el consentimiento para la actuación médica, tienen un reconocimiento legal en todos los países, pero la diferencia radica en la aplicación del tipo de normas para llevar a cabo su protección, y por tanto obtener su efectividad práctica.

La explicación a este punto, la encontramos en el Convenio sobre los derechos humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa de 1997(Convenio de Oviedo), este documento fue aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 19 de noviembre de 1996 y se abrió a la firma de los estados miembros, en Oviedo el 4 de abril de 1997. Entró en vigor de forma general, el 1 de diciembre de 1999 en los países que son Partes en la Convención y el 1 de enero de 2000 en España. El objetivo de este Convenio era garantizar los derechos y libertades del paciente en la asistencia sanitaria en cada país, y de forma especial en el caso de menores e incapaces.

Posteriormente, cada gobierno debe adoptar las medidas necesarias en su derecho interno para lograr hacer realidad esas disposiciones. En unas ocasiones esas disposiciones aplican directamente derechos individuales, (disposiciones self-executing), y, en otras, al tratarse de principios más generales, se promulgan leyes para dar efecto a las mismas en el derecho interno.

Los Estados que firmaron y ratificaron el Convenio son: Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Grecia, Hungría, Lituania, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia y España, por tanto, han establecido su consentimiento en obligarse al Tratado.

Los Estados que firmaron pero no ratificaron son Finlandia, Francia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia y Suecia. Lo que significa que no realizarán actos que sean contrarios al objeto y fin del tratado.

Por último hay unos Estados miembros de la UE que no firmaron ni ratificaron el Convenio: Alemania, Austria, Bélgica, Irlanda, Malta y Reino Unido, pero esto no significa que estos países no tengan regulados estos derechos.

La máxima protección esta representada por Los Países Bajos, aunque no ratificó el Convenio, y supone que cuando el paciente reclama ante un tribunal el incumplimiento de estos derechos, la respuesta será la indemnización o sanción que corresponda; esto da una efectividad real a las regulaciones mencionadas.

Hay que señalar también, que determinadas disposiciones recogidas en Cartas o Códigos de conducta se limitan a una obligación de carácter moral, lo que sucede en la mayoría de los países nórdicos.

La consecución efectiva del propósito de una elaboración de leyes específicas de los derechos de los pacientes y su efectividad práctica pasan por no ser meras recomendaciones y tener un cumplimiento con fuerza legal en todos los países de la U.E.

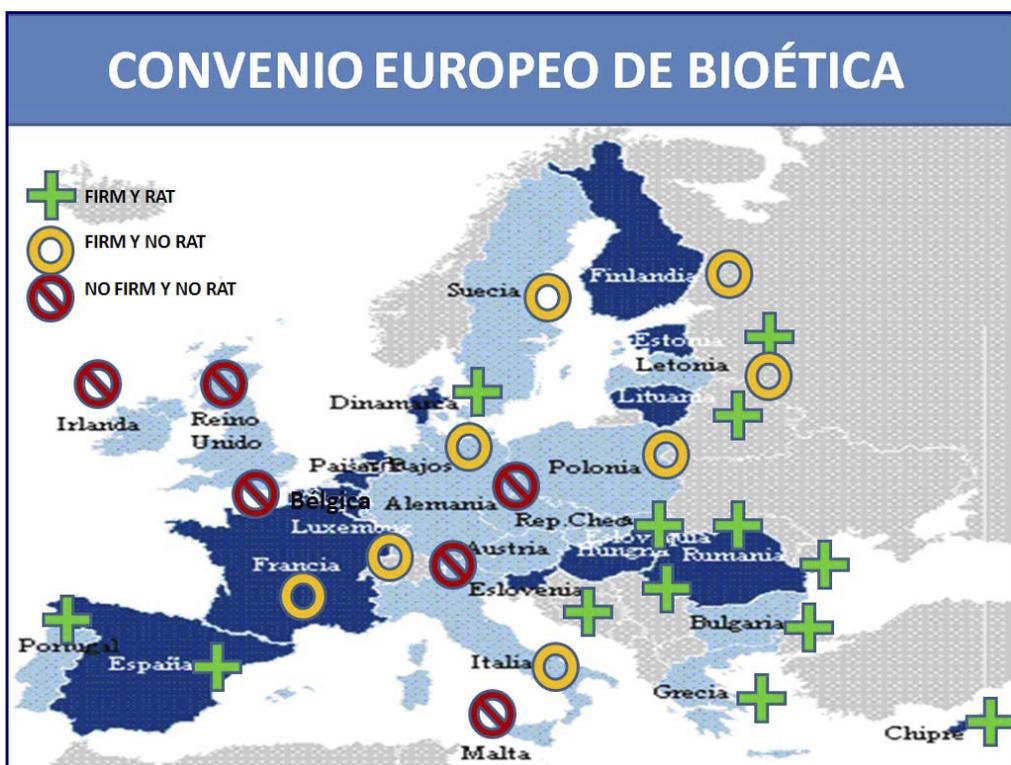
Esto solo será realidad cuando de su incumplimiento se deriven sanciones o de una perspectiva más optimista, su uso llegue a ser costumbre general por la constancia en su cumplimiento.

La diferencia radica en el tipo de normas que reconoce los derechos, en su rango y por tanto, en el grado de protección y en la forma de llevar a la práctica esta protección; de lo que depende su efectividad real.

Hay posiciones para favorecer la difusión y defensa de los derechos de los pacientes como la propuesta por Finlandia, que señala que debe haber un mediador, cuyo deber es informar a los pacientes de sus derechos y ayudarles, si fuera necesario, en la presentación de una queja, petición o reclamación para la indemnización, o el caso de Alemania, Reino Unido y Chipre que con la elaboración y distribución de monografías pretenden hacer llegar a más ciudadanos el conocimiento de sus derechos como pacientes. Así mismo, los Consejos y Comités de Médicos en Lituania, Holanda y Suecia son organismos que velan por el cumplimiento de tales derechos. En esta línea España instauró con anterioridad, en los años 90, los servicios de atención al paciente con el objeto de informarle sobre sus derechos, aclarar sus dudas y facilitarle la presentación de propuestas, agradecimientos, sugerencias y reclamaciones.

En la materia que tratamos toda la información varía en cortos periodos de tiempo y en este caso es una buena señal, porque se realizan avances en la adaptación interna de cada país para un mayor reconocimiento de los derechos y a la vez, la sociedad presencia su realización práctica.

Siempre hay que mantener una lucha continua por la mejora y adaptación por igual en todos los países, pero el logro de los derechos de los pacientes pasa por el respaldo, no solo legal y educacional, también económico y de ello se derivan diferencias para obtener resultados uniformes y equitativos. Por ejemplo la Sociedad Española de Medicina Nuclear recomienda el funcionamiento de dos PET-TAC por cada millón de habitantes²⁷⁶. Este dato constata lo anteriormente expuesto.



VII.1. DERECHO A LA INTIMIDAD

En todos los países se ha recogido expresamente el derecho a la intimidad, tanto en el texto constitucional de cada país, como en las leyes de protección de datos y en los textos legales y cartas sobre derechos de los pacientes. Recientemente se ha legislado sobre el tema en el año 2008 en Chipre y Estonia.

La preocupación legislativa 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. No destaca en particular ninguna regulación y esto constituye un hecho importante, ya que el derecho que realmente se pretende proteger encuentra unanimidad de conceptos, a pesar de la complejidad de su aplicación práctica.

VII.2. DERECHO A LA INFORMACIÓN

En todos los países se reconoce el derecho a la información, previo a dar el consentimiento.

La forma de recogerlo puede aparecer de manera específica con referencia expresa e independiente a la información. En otros países la mención a la información está vinculada al hecho de otorgar el consentimiento.

El derecho a la información puede aparecer expresado como una aceptación continuada, por parte del paciente, recogida, incluso de forma verbal, o inequívocamente unido al hecho de otorgar un consentimiento informado, como documento escrito.

En definitiva, hemos comprobado que el espíritu común a las diversas legislaciones europeas coincide en dar una cantidad de información suficiente y de una manera clara, para que el paciente entienda lo que va a consentir o incluso renuncie libremente a ese conocimiento.

En los países del norte de Europa hay mayor tendencia a la comunicación del diagnóstico que en los del sur. Su cultura está más inspirada en la Autonomía y en el sentido de realidad frente a la enfermedad; mientras que en las normativas mediterráneas, se pone más énfasis en el apoyo familiar, en que la información sea compartida, o incluso, en la posibilidad de ocultar información en circunstancias que se puedan considerar penosas para el paciente. Esta filosofía está basada en la beneficencia del médico, imperante en estos países hasta los años 80 del siglo pasado (privilegio terapéutico), y que se recoge en la legislación como excepcional, pero posible.

Cabe precisar que en Holanda el médico suele acudir a una segunda opinión profesional antes de comunicar un diagnóstico de gravedad o enfermedad incurable.

El derecho a la información tiene una gran carga de complejidad en todos los aspectos, ya que el tiempo del que se dispone, la manera de proporcionar la información e incluso el comprobar que se ha asimilado, cuenta con el agravante de estar tratando temas de salud que el propio paciente puede querer entender o no, dadas las situaciones de nerviosismo, por la gravedad del momento, en que muchas veces se desarrollan, y la carga emocional que conlleva siempre enfrentarse a la enfermedad. A este respecto cabe destacar el estudio del Congreso de la Sociedad Europea de Oncología que señala los grandes beneficios de una buena información para el paciente.

Muchas veces la mente humana crea una barrera de temor ante lo desconocido y pueden ponerse en marcha mecanismos de negación, que añaden serias dificultades a la comprensión de lo que se está explicando y claros procesos ansiosos nada deseables.

Sin embargo, la experiencia de los países que cumplen el deber de informar rigurosamente y de forma amplia, saben que cuando el paciente ha comprendido su propia situación, y ha podido valorarla, tiene mayor facilidad para aceptarla y adaptarse a ella.

Este proceso elimina importantes cargas de ansiedad y mejora la relación médico-paciente y el entorno familiar. Sin embargo, como ya adelantábamos, el derecho a la información de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica recogida en la legislación española (Art.5.4 de la Ley 41 /2002,) y en otros de la Unión como Chipre, Finlandia, Francia, Holanda, Polonia, y Portugal; mientras que en Hungría no está recogida como tal, pero sí se señala que la información se dará de forma gradual, teniendo en cuenta la condición y circunstancias del paciente, al igual que en Italia, donde el Código de Ética Médica establece que la información sobre el pronóstico grave, debe darse con precaución, utilizando terminología que no puede traumatizar al paciente o que no excluya ningún elemento de esperanza. Esto implica informar de manera personalizada, y sopesando todas las circunstancias del paciente, lo que obliga a este a vincularse al proceso terapéutico con una mayor colaboración.

En Holanda se puede comunicar el diagnóstico sin tener en cuenta los deseos del paciente, si el médico considera que ello es mejor para los intereses de su paciente y si el desconocimiento pudiera producir un daño serio a la salud del paciente.

En Bélgica, Hungría y Grecia, se permite al paciente designar a una persona para que sea esta, la que reciba la información.

En Finlandia, los pacientes tienen derecho a ver y corregir la información de sus historias.

La negativa a recibir la información por parte del paciente es recogida de forma explícita, como ya vimos en España, y en Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Finlandia, Francia, Grecia, Letonia, Lituania, Luxemburgo y Holanda.

La posibilidad de la utilización de intérprete viene exigida por las normativas de Finlandia, Hungría, Rumania y Reino Unido. En éste último cabe destacar la posibilidad de acompañar la información con medios audiovisuales que faciliten la comprensión.

VII.3. DERECHO A DAR EL CONSENTIMIENTO.

La Autonomía, base de la relación médico-paciente, se basa en el hecho de que la persona que solicita la asistencia médica es la que está en mejor situación para decidir lo que considere más favorable para sí misma. Para esta decisión necesita recibir la información suficiente y necesaria, lo que se convierte en un deber del médico hacia ella.

En todos los países estudiados se recoge este principio de forma unánime. Encontramos variaciones: 1) Que la información pueda darse verbalmente, pero en determinadas circunstancias quede reflejada por escrito, y 2) Que la información y el consentimiento queden siempre reflejadas por escrito. Encontramos unanimidad en la segunda opción, existiendo también, bastante acuerdo en que cuanto más complicada sea la intervención, mayor necesidad existe de que la información sea más extensa y precisa, y quede constancia por escrito.

En Hungría se especifica que el consentimiento puede ser deducido del comportamiento del paciente, lo que se interpreta como el asentimiento y el seguimiento de las indicaciones y prescripciones médicas. Esto introduce dudas sobre el grado de comprensión que el paciente pueda tener de la situación, así como de su conocimiento respecto a la decisión.

En el Reino Unido, ante algunas circunstancias en las que se plantea el tratamiento o la investigación con cierta incertidumbre, y se toman las decisiones con arreglo a los resultados, se procurará expresar en el documento del consentimiento, las diferentes alternativas terapéuticas para que el paciente exprese cuales aceptaría y cuáles serían rechazadas. Con esta guía se actuará ante situaciones terapéuticas inesperadas en el desarrollo de un tratamiento ya en curso.

En Luxemburgo el consentimiento se puede dar por escrito o tácitamente. En este último caso, el consentimiento sólo puede deducirse de la conducta, cuando el paciente fue informado con honestidad, con claridad y en una forma adaptada a su comprensión.

En Irlanda se permite dar un consentimiento general, equivalente a que el paciente deposite en el médico la confianza para que él decida lo más favorable.

El sistema social y educativo y las circunstancias históricas y culturales son fundamentales para el estudio del derecho al consentimiento, y un ejemplo claro lo tenemos en África, donde nos encontramos que según Clement Adebamowo, Director del Centro de Ética de África Occidental,²⁷⁷ muchas personas en ese continente prefieren un enfoque colectivo más que tener autonomía para decidir por ellos mismos por ejemplo, si participan en una investigación. Esto supone que en la UE, debido a la inmigración de países con sistemas sociales diferentes, en ocasiones el paciente no conozca cuales son sus derechos e incluso le pueda extrañar la existencia y reconocimiento de ellos.

Menores y consentimiento

En Alemania si el paciente tiene menos de 18 años pero posee capacidad de discernimiento, su consentimiento será válido, estando el médico obligado, incluso a guardar el secreto a petición del paciente, frente a sus padres. Esto supone una situación de gran responsabilidad para el médico, ya que tiene que valorar con precisión y equilibrio, los intereses del menor, frente a los de sus padres, como guardadores o cuidadores de hecho.

En el consentimiento prestado por menores la regla general es el principio contenido en el Convenio europeo de Bioética, que recomienda en Pro de la dignidad del menor, que se tenga en cuenta su opinión, en la medida que su edad cronológica y su grado de madurez lo permitan. No obstante, esto se refiere a la importancia de involucrar al menor en la relación médico-paciente, haciéndole participar en el proceso. Esto no es idéntico a la posibilidad de tomar decisiones concretas respecto a actuaciones médicas concretas, para las que, en según que circunstancias, la opinión y voluntad de los padres es la que se impone.

Podemos decir que, en líneas generales, hablamos de menor maduro para referirnos al menor comprendido entre los 16 y los 18 años, siendo frecuente aceptar como válido su consentimiento para situaciones no complejas y no contrarias a su beneficio, como sería rechazo de un tratamiento vital o intervención quirúrgica. Así sucede en Reino Unido, Irlanda y Lituania. Escocia mantiene en este aspecto una posición radical a favor del consentimiento del menor maduro, sobre la opinión de los padres.

En España, según Villanueva Cañadas y Castellano Arroyo²⁷⁸ el consentimiento informado debe ser firmado por los menores cuando, a juicio del facultativo, reúnan las condiciones de madurez suficiente para otorgarlo, de conformidad con lo previsto en el artículo 162.1 del Código Civil español.

Si es menor de dicha edad se recabará su opinión en la medida que sea posible, como señalan España, Bulgaria, Eslovaquia y Chipre. La excepción la encontramos en Dinamarca y Eslovenia que otorgan la mayoría de edad a los quince años y en Portugal, que la otorga a los catorce años.

En Grecia los pacientes menores de dieciocho se consideran menores. Su opinión se tiene en cuenta si el médico cree que por su estado mental y madurez emocional es capaz de comprender su estado de salud así como la naturaleza, las consecuencias, los resultados y los riesgos del tratamiento. El médico siempre tiene que evaluar la situación y juzgar si el consentimiento de los padres también será necesario.

En la República Checa no se prevé una edad concreta para la "mayoría médica". En el Código Civil se recoge que la mayoría de edad se alcanza a los 18 años. Si un menor no puede ser considerado capaz, el consentimiento tiene que ser dado por su padre.

En Francia cuando la persona hospitalizada es menor, o mayor bajo tutela, desde que se halla en situación de expresar su voluntad, se debe requerir su consentimiento. No obstante, cuando la salud o la integridad corporal de un menor o persona bajo tutela corre peligro de ser comprometida gravemente por la negativa del representante legal o por la imposibilidad de recoger el consentimiento de éste, el médico dará los cuidados que se imponen según la ciencia y su conciencia.

También la regla general es que los padres o tutores den su opinión a pesar de haber cumplido los dieciséis años. No ocurre así en Escocia, donde el mayor de dieciséis años y capaz, si rechaza un tratamiento, los padres no pueden intervenir en la protección de sus intereses. Hecho que normalmente es permitido a los padres o al juez en otros países.

En Alemania el médico está obligado al secreto médico si el enfermo tiene menos de dieciocho años y tiene capacidad de discernimiento.

En Irlanda, si un profesional realiza procedimientos médicos o quirúrgicos sin el consentimiento del paciente, podría ser acusado del equivalente a nuestro delito de coacciones, "crime of assault".

Por último con respecto a la eutanasia, en Holanda rige la Ley de 1 de abril de 2002 de la Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. En Bélgica, la Ley 16 de mayo de 2002 de Terminación de la vida y auxilio al suicidio y en Luxemburgo la Ley de 17 de marzo de 2009. Los países que prohíben la eutanasia pero reconocen el derecho de rechazar cuidados médicos son: Francia, Noruega, Dinamarca, Alemania, Austria, Hungría, Gran Bretaña, Italia; República Checa, España, Eslovaquia. Los Países que prohíben toda forma de eutanasia son: Grecia, Rumania, Portugal, Polonia, Bosnia, Croacia, Serbia e Irlanda. En España, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, con fecha de entrada de 9 de Junio de 2009, presenta el proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

VII.4. EXPRESIÓN GRUPAL DE LA CALIDAD DE LAS NORMATIVAS EN LA UE

Tras haber valorado las notas más significativas del estudio realizado en cada país (en razón a la preocupación legislativa y a las notas diferenciadoras de otras normativas) hemos realizado dos grupos, reflejados en un diagrama de Venn.

Al encontrarse los componentes en un nivel similar se han situado los países por orden alfabético.

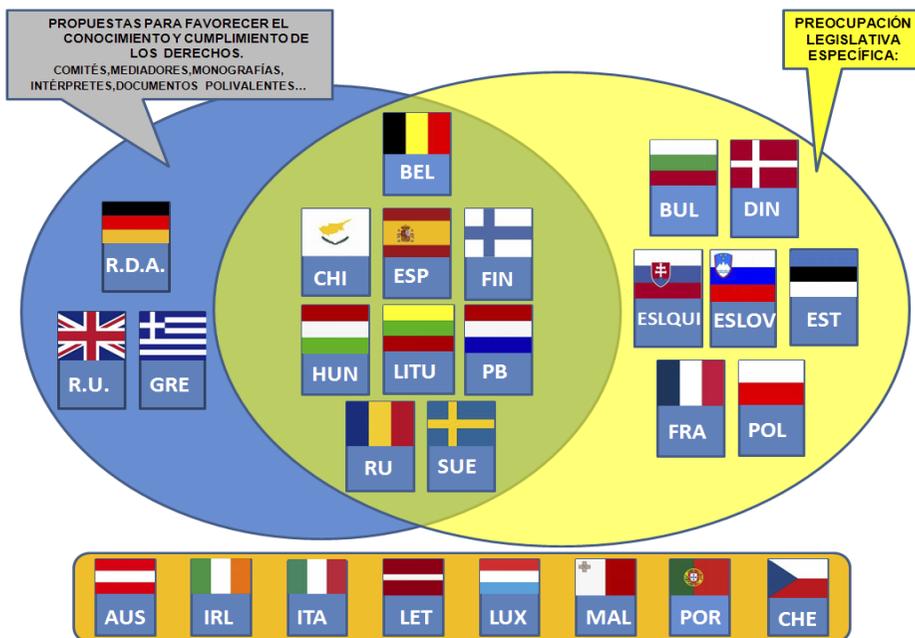
1. En cuanto a la preocupación y elaboración de materia legislativa referente al caso de estudio destacan:
Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Polonia, Rumania y Suecia.
2. En cuanto a países que recogen en sus normativas propuestas para favorecer el cumplimiento de los derechos de los pacientes mediante:

- Comités, mediadores, oficinas de atención al paciente;
- Notas que ayudan a desarrollar la redacción de un derecho a la información más completa, (elaboración de monografías, utilización de Intérpretes, posibilidad de designar a una persona para que le sea proporcionada la información) y
- Propuestas para favorecer el respeto a la voluntad del paciente (documentos con múltiples alternativas que prevean posibles situaciones ante las que consentir), estarían:

Alemania, Bélgica, Chipre, España, Finlandia, Grecia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Reino Unido, Rumania y Suecia.

Como conclusión a este estudio sobresalen, por aunar los aspectos analizados: **Bélgica, Chipre, España, Finlandia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Rumania y Suecia.**

Los países que no aparecen reflejados, por no haber destacado en los supuestos estudiados, son Austria, Irlanda, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Portugal y la República Checa.



VIII. CONCLUSIONES SOBRE LA NORMATIVA ESPAÑOLA

Primera: El número de normas reguladoras de derechos de los pacientes y usuarios utilizadas en España es de 27; junto a la estatal, aparecen 26 normas autonómicas.

Segunda: Con respecto al Derecho a la Información podemos concluir:

2.1. El **motivo** que justifica la transmisión de información al paciente se expresa en las diferentes normativas con las siguientes expresiones: "cualquier actuación", "cualquier intervención asistencial", "en relación al proceso asistencial" y "en relación a su salud". Nos parece más preciso el término "cualquier actuación," utilizado en la Ley estatal, en la extremeña y en la navarra, ya que el término "actuación" (acto médico) engloba al resto de las situaciones.

2.2. En relación a la **cantidad** de información que se debe proporcionar entre las expresiones utilizadas: "información disponible", "información obtenida", "la información recogida en forma escrita" y "la información completa y continuada", nos hemos decantado porque la información que debería recibir el paciente fuera "la obtenida", ya que comprendería también las informaciones correspondientes a pruebas en las que los resultados todavía no estuvieran disponibles.

2.3. En las normativas que lo regulan, se recoge de forma general, **la posibilidad de renunciar a la información**, que la forma de proporcionar dicha información se realice de **forma verbal**, que quede **constancia en la HC** del paciente y que sea **verdadera y comprensible**, para poder **tomar una decisión** de manera autónoma. La ley catalana, extremeña, aragonesa, navarra y valenciana incluyen la posibilidad de que el paciente pueda requerir información.

2.4. El **contenido** de la información lo expresan de forma más precisa la ley gallega y la ley valenciana, señalando que la información comprende los beneficios, alternativas y consecuencias y, realizando una calificación de los riesgos en frecuentes, poco frecuentes y personalizados, incluyendo la ley gallega la referencia a las contraindicaciones.

2.5. Todas las normativas que lo tratan, consideran que corresponde al médico responsable **garantizar la coordinación del cumplimiento del deber de información**. La utilización de la expresión "serán responsables" de las leyes de Madrid y La Rioja, nos parece más acertada frente a que simplemente se "garantice", expresión con menos fuerza y contundencia legal.

2.6. El **titular del derecho a la información** en las normativas que lo regulan, es el paciente. La excepción está en la ley andaluza (Art.6.1 Ley 2/1998: "Los ciudadanos son titulares y disfrutan del derecho a la información") y madrileña (Art.27 de la Ley 12/2001: "El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado") que aluden al ciudadano.

2.7. En caso de **incapacidad**, la mayoría de las normas, indican que se informará al paciente, de acuerdo a su grado de comprensión y deja a criterio del médico responsable, la apreciación de dicho grado. También se informará a su representante o personas vinculadas. La ley valenciana incluye a las parejas de hecho. Cuando el paciente carece de capacidad para entender la información se informará a sus familiares o allegados.

2.8. Las situaciones de diagnósticos o pronósticos fatales que podrían suponer un perjuicio para el paciente, permiten ser omitidos o suavizados bajo el concepto de **"necesidad terapéutica"** (principio de beneficencia) en la ley estatal, gallega, navarra, valenciana y castellano-leonesa; indicándose en esta última el deber de informar a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho y dejando constancia de ello en la HC.

Tercera Con respecto al Derecho a la Intimidad podemos concluir:

3.1. Respecto al **contenido** del derecho a la Intimidad, la Ley riojana no se limita a mencionar la garantía de la confidencialidad de los datos, sino que profundiza en el respeto a los valores culturales, morales y convicciones religiosas, así como la limitación de la presencia de investigadores que no tengan una responsabilidad directa en la atención. La Ley cántabra añade el derecho del paciente a conocer la identidad y misión de los profesionales que intervienen en su atención. En las leyes de La Rioja, Cantabria y Valencia, la defensa de la intimidad se refiere más a la esfera corporal y de la imagen que a la manipulación de los datos.

3.2. En cuanto a las **garantías** del derecho a la Intimidad, la ley extremeña, navarra, cántabra y balear amplían y matizan el deber general de adoptar medidas para garantizar los derechos y el acceso legal a los datos de los pacientes, a través de la elaboración de normas y protocolos para ello.

Cuarta Con respecto al Derecho a dar el Consentimiento podemos concluir:

4.1. El **Consentimiento** se presta libre y voluntariamente, una vez informado y habiendo valorado las opciones propias del caso. Aparecen diversas situaciones ante las que se debe recoger dicho consentimiento: "ante toda actuación", "ante cualquier intervención" y "para la realización de procedimientos diagnósticos". Consideramos más apropiada y menos invasiva y restrictiva la expresión "ante toda actuación", que incluye cualquier acto médico, utilizada en la ley estatal, la ley extremeña y la ley gallega.

4.2. En cuanto a la **Forma** de dar el Consentimiento, las normas que lo regulan, admiten como norma general la forma verbal y el requerimiento de la forma escrita, para las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en general con riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud.

4.3. La generalidad de normas que contemplan la **revocación** del consentimiento señalan que tal revocación se puede realizar en cualquier momento. La Ley estatal, la de la Rioja y la de Castilla-León especifican que se realice por escrito. Las leyes de Extremadura, Navarra, Cantabria, Valencia y Andalucía, matizan al decir, que el consentimiento podrá retirarse libremente, apreciación importante, porque recalca el espíritu perseguido de proteger la expresión libre y autónoma de la voluntad, ante cada actuación médica.

4.4. En las normas que regulan la **renuncia a la Información, ésta está limitada** por el interés de la salud del propio paciente, de terceros y de la colectividad. La Ley estatal completa lo ya enunciado, haciendo constar dicha renuncia documentalmente, pero sin perjuicio de obtener el consentimiento para la intervención.

4.5. Todas las Leyes que recogen la **excepción** a la exigencia del consentimiento, lo hacen cuando hay riesgo para la salud pública y para la integridad física o psíquica del paciente y no se ha podido obtener el consentimiento de los familiares o personas vinculadas a él. Es de destacar que esta es la única vez en la que la Ley 41/2002 recoge el término enfermo en lugar del de paciente, lo que interpretamos como un lapsus del legislador. (La Ley de Aragón y la de Navarra también utilizan en este punto, el término "enfermo" y la Ley de La Rioja el de "usuario").

4.6. En los casos en los que el paciente no puede prestar un consentimiento válido, quienes estén autorizados a decidir por él lo hacen bajo la figura de la **representación** o la sustitución (siempre a favor del paciente). El Consentimiento es por representación en la ley estatal, cántabra, castellano-leonesa, extremeña, riojana y balear, y por Sustitución en las Leyes de Cataluña, Galicia, Madrid, Aragón, Navarra y Valencia. Nos parece más adecuado el término representación.

4.7. Respecto a las **instrucciones previas**, encontramos seis CCAA que han legislado expresamente sobre el tema. En el año 2002 el País Vasco; en 2003 Navarra y Andalucía; en 2005 La Rioja y Madrid y en el año 2008 el Principado de Asturias mediante Decreto 4/2008 de 23 de enero.

Todas las CCAA motivo de estudio, excepto la disposición legal canaria, que no lo regula expresamente, coinciden plenamente en el fundamento de la materia tratada. En antiguas legislaciones se designaban como Voluntades anticipadas, como sucede en Andalucía, Cataluña, Extremadura, Aragón, Navarra, Cantabria, País Vasco, Valencia, Baleares y Andalucía. Sin embargo la Comunidad de Madrid tanto antes, como ahora utilizaba la expresión "Instrucciones Previas", así como las regulaciones legales de Castilla-León, Galicia, La Rioja, Asturias y La Ley estatal.

Las leyes de Valencia y Navarra incluyen al menor emancipado o menor con capacidad reconocida, la posibilidad de otorgar el documento de voluntades anticipadas.

Quinta Tras un minucioso estudio de las normativas existentes en las CCAA y la Ley 41/2002, hemos establecido un orden decreciente en razón a la mayor precisión e interés en los temas ante expuestos con el resultado siguiente:

1. Ley de Extremadura.
2. Ley de la Rioja.
3. Ley 41/2002 y Ley de Aragón.
4. Ley de Valencia.
5. Ley de Galicia.
6. Ley de Navarra.
7. Ley de Castilla-León.
8. Ley de Cataluña.
9. Ley de las Islas Baleares.
10. Ley de Cantabria.
11. Ley de Madrid.
12. Ley de Andalucía.
13. Ley del País Vasco.
14. Ley de Canarias y Ley de Asturias.

Castilla-La Mancha, Murcia, Ceuta y Melilla no aparecen en la tabla ni en el Ranking, por tener las dos primeras, leyes en estado de tramitación parlamentaria y las dos últimas, regirse por la legislación estatal.

Las siguientes leyes figuraron liderando un primer puesto en solitario:

- La Ley de Navarra, en cuanto al tratamiento de la renuncia a la información.
- La Ley de Cataluña, en cuanto a la veracidad de la información y
- La Ley de Castilla-León, en relación a la limitación al Derecho a la Información.

En los puntos que estudian la constancia de la información en la Historia Clínica y los casos de interrupción de embarazo y prácticas de ensayos clínicos y técnicas de reproducción, todas la leyes que los recogieron, tuvieron un tratamiento igualitario de la materia.

IX. CONCLUSIONES SOBRE LA NORMATIVA EN LA UE

Primera En el estudio realizado por nosotros comparando la legislación de los países de la UE respecto a los derechos de los pacientes en relación al derecho a la Intimidad, a la Información y a dar el Consentimiento hemos utilizado 163 normativas.

Segunda La protección de los derechos de los pacientes en la UE será tanto más efectiva cuando las normas no se limiten a ser meras recomendaciones. Así mismo cuando las legislaciones contemplen sanciones para su incumplimiento.

Un ejemplo de máxima protección de los derechos de los pacientes lo encontramos en Los Países Bajos, a pesar de haber firmado, pero no ratificado el Convenio sobre los derechos humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa de 1997, cuando el paciente reclama ante un tribunal el incumplimiento de estos derechos, se obtiene la indemnización o se aplica la sanción correspondiente. Se contradice la aceptación de la eutanasia con la presencia y esencia de la prestación del consentimiento de forma libre y voluntaria, sin presiones que afecten a la verdadera autonomía de la voluntad.

Tercera En algunos países como Francia y Luxemburgo, los Códigos de ética médica que regulan la profesión médica son instrumentos legales de obligado cumplimiento. Sin embargo, en otros países, como Reino Unido, Italia y Portugal los Códigos deontológicos solo obligan moralmente.

Cuarta Con respecto al Derecho a la Información podemos concluir:

4.1. Que el espíritu común a las diversas legislaciones europeas coincide en dar una cantidad de información suficiente y de una manera clara para que el paciente comprenda aquello sobre lo va a consentir. Y por otra parte, que pueda renunciar libremente a recibir esa información.

4.2. En los países del norte de Europa hay mayor tendencia a la comunicación del diagnóstico de una forma más directa y realista que en los del sur, donde todavía hay vestigios de la filosofía basada en el predominio de la beneficencia del médico hacia el paciente. En el caso de los Países Bajos antes de comunicar un diagnóstico de gravedad o de enfermedad incurable el médico suele acudir a una segunda opinión profesional.

La limitación al derecho a la información puede justificarse, en beneficio del paciente, acreditando el estado de necesidad terapéutica, circunstancia que recogen las normativas de España, Chipre, Finlandia, Francia, Holanda, Polonia, y Portugal; así como en Hungría e Italia donde se proporcionará la información delicada de una manera gradual y con precaución.

4.3. En Bélgica y Hungría se permite al paciente designar a una persona para que le sea proporcionada la información.

4.4. El derecho a renunciar a la información es recogido de forma explícita, en España, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Finlandia, Francia, Grecia, Letonia, Lituania, Luxemburgo y Países Bajos.

4.5. La posibilidad de la utilización de intérprete viene exigida por las normativas de Finlandia, Hungría, Rumania y Reino Unido. En éste último cabe destacar la posibilidad de acompañar la información con medios audiovisuales que faciliten la comprensión.

Quinta Con respecto al Derecho a la Intimidad podemos concluir que es recogido en todas las normativas estudiadas y desde una doble vertiente: tanto desde la perspectiva de la protección de los datos del paciente, como desde la protección a su intimidad en lo que se refiere a la esfera corporal e íntima.

Sexta Con respecto al Derecho a dar el Consentimiento podemos concluir:

6.1 En Europa existe un criterio unificado respecto al procedimiento para la obtención del consentimiento informado, pero existen personas con un escaso nivel de educación y mucha inmigración. Esto incide en uno de los problemas de base fundamentales. Aunque se intente proporcionar la información en un lenguaje claro y adaptado a la comprensibilidad del paciente, realmente no tenemos certeza de que se haya entendido la información proporcionada.

6.2. Cuanto más complicada sea la intervención, mayor necesidad existe de que la información previa al consentimiento sea más extensa y precisa, y de que quede constancia por escrito.

6.3. En Hungría se especifica que el consentimiento puede ser deducido del comportamiento del paciente, lo que se interpreta como el asentimiento y el seguimiento de las indicaciones y prescripciones médicas.

6.4. En Reino Unido ante algunas circunstancias, en las que se plantea el tratamiento o la investigación con cierta incertidumbre, y se toman las decisiones con arreglo a los resultados, se contempla expresar en el documento del consentimiento, las diferentes alternativas terapéuticas para que el paciente exprese cuales aceptaría y cuáles serían rechazadas. Con esta guía se actuaría ante situaciones terapéuticas inesperadas en el desarrollo de un tratamiento ya en curso.

6.5. En Luxemburgo el consentimiento se puede dar por escrito o tácitamente. En este último caso, se deduce de la conducta, cuando el paciente fue informado con honestidad, claridad y en una forma adaptada a su comprensión.

6.6. En Irlanda se permite dar un consentimiento general, equivalente a que el paciente deposite en el médico la confianza para que él decida lo más favorable.

6.7. En cuanto al derecho a dar el consentimiento por menores, podemos decir que, en líneas generales, las normas europeas se refieren al menor maduro como el menor comprendido entre los 16 y los 18 años, siendo frecuente aceptar como válido su consentimiento para situaciones no complejas y no contrarias a su beneficio, como sería rechazo de un tratamiento vital, o intervención quirúrgica.

Si es menor de dicha edad se recabará y valorará su opinión en la medida que sea posible, como señalan España, Bulgaria, Eslovaquia y Chipre. La excepción la encontramos en Dinamarca y Eslovenia que otorgan la mayoría de edad a los quince años y en Portugal que la otorga a los catorce años.

También la regla general es que los padres o tutores den su opinión incluso cuando el menor haya cumplido los dieciséis, excepto en Escocia donde si con dieciséis años y en situación de capacidad el menor rechaza un tratamiento, los padres no pueden intervenir en la protección de sus intereses.

Séptima -En cuanto a la preocupación de elaborar legislación de la materia de estudio destacan:

- Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Polonia, Rumania, y Suecia.

-En cuanto a países que recogen en sus normativas propuestas para favorecer el cumplimiento de los derechos de los pacientes, (comités, mediadores, oficinas de atención al paciente), notas que ayudan a desarrollar la redacción de un derecho a la información más completa, (elaboración de monografías, utilización de intérpretes, posibilidad de designar a una persona para que le sea proporcionada la información) y propuestas para favorecer el respeto a la voluntad del paciente (documentos con múltiples alternativas que prevean posibles situaciones ante las que consentir), estarían:

-Alemania, Bélgica, Chipre, España, Finlandia, Grecia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Reino Unido, Rumania y Suecia.

Como conclusión a este estudio sobresalen, por aunar los aspectos analizados, **Bélgica, Chipre, España, Finlandia, Hungría, Lituania, Países Bajos, Rumania y Suecia.**

Los países que no aparecen reflejados, por no haber destacado en los supuestos estudiados, son Austria, Irlanda, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Portugal y la República Checa.

X. PROPUESTAS

Después de nuestro estudio y desde una perspectiva práctica consideramos que los derechos de los pacientes se verían mejor protegidos si se produjeran algunos cambios que desde nuestro punto de vista serían:

1. Favorecer el mejor nivel educativo de los ciudadanos y de forma particular en materia de salud. Esto se puede conseguir incorporando estas materias en los Cursos que se programan a través de Ayuntamientos, Diputaciones, etc., como actividades educativas. Tratar en estos Cursos el mejor uso de las prestaciones sanitarias, el papel del paciente en la relación médico-paciente, etc., sería en nuestra opinión muy efectivo.

Ante las circunstancias actuales de multiculturalidad y diferentes niveles educativos, hay que trabajar por un nivel "mínimo decente" de los ciudadanos que permita la comprensión de la información y el consentimiento válido correspondiente.

2. Los médicos necesitarían más tiempo para que el consentimiento informado no se convierta en un acto burocrático, sino en un contacto personal y útil a los efectos que se persiguen. Para ello tendría que existir una organización asistencial mejor planificada, que permitiera dedicar unos minutos, al menos cinco, para dar las explicaciones relevantes, y necesarias para la toma de decisiones. Además, cuando el paciente se "siente" atendido se mitiga de alguna forma la intranquilidad que la enfermedad conlleva. Con una buena relación médico-paciente se pueden evitar posibles demandas, con una compensación pronta y justa, cuando la reclamación esté justificada y probada.
3. Consideramos importante el contar en la consulta con una persona que ayude al médico en la atención al paciente (ayudantes, enfermeros) colaborando, incluso en la toma de constantes y otras pruebas, lo que haría más ágil la entrevista. Con más tiempo y más medios más derechos para los pacientes. Sería "**la cadena de logros**": mejor organización, más tiempo de consulta, mejor comunicación con el paciente (no una mera firma en un documento que no garantiza su comprensión ni la certeza de su verdadera voluntad), más conocimiento de los derechos y obligaciones, y mejor cumplimiento de los mismos.

4. Dados los conflictos que se derivan, en ocasiones, de la confusión sobre quién está legitimado para recibir información y tomar decisiones con o por el paciente (en las circunstancias previstas en la ley), consideramos importante la propuesta de que al paciente a su ingreso en el hospital, o en las habituales consultas externas, se le ofrezca designar a la persona/s de su confianza para que puedan compartir con él la información o recibirla directamente, así como para que le ayuden y apoyen en la toma de decisiones. De ello quedaría constancia en la H.C. Este hecho se tendría en cuenta en situaciones delicadas en las que se puede tratar el tema previamente con esta persona, antes de transmitir la información al paciente.
5. Lo máspreciado para el ser humano es la vida y la salud y, desde la asistencia sanitaria, estamos moviéndonos permanentemente en el objetivo de preservarla. La situación de enfermedad se acompaña de vulnerabilidad, lo que significa riesgo para el ejercicio de la autonomía. Sólo el concurso de las mejores circunstancias puede atenuar dicho riesgo, y eso implica mejorar las condiciones personales y externas del paciente y las del médico. Todos los esfuerzos que se pongan en ello repercutirán en un mejor resultado en el aprovechamiento de recursos sanitarios. En este sentido no podemos olvidar que los errores de seguridad, de organización o los que les son propios a actividades dentro de la economía, la defensa, el ocio, el fomento,... u otros, se acaban pagando por la asistencia sanitaria.

XI. BIBLIOGRAFÍA.

¹ Ley 41/2002 básica de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (B.O.E. núm. 274/2002 de 15-11-2002) .

² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (L.G.S).

³ Oroz, B. Los Derechos del Enfermo en el Proyecto de Ley General de Sanidad. Humanidades Médicas. Derecho Sanitario. Jano 17-28 Nov.1985.Vol. XXIX N° 665H.

⁴ Martínez Martín, D. J. Regulación básica de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. IV Encuentro sobre Responsabilidad Sanitaria (Médica 2000).

⁵ www.bioetica.uchile.cl/doc/nurem.htm.

⁶ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial
www.wma.net/s/policy/b3.htm - 35k

⁷ Informe Belmont, 18 de abril de 1979 .USA.

www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf

⁸ Constitución Española de 27 de diciembre 1978. (B.O.E. Núm.311-1 de 29 de diciembre de 1978).

⁹ Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial. Lisboa, Portugal Sep/oct. 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile 2005.

www.wma.net/es/30publications/10policies/14/index.html

¹⁰ Escrihuela Morales, F.J. Prof. de Derecho Sanitario de la escuela de Gerencia Hospitalaria. Humanidades Médicas. Tema Monográfico/Derecho Sanitario. Los derechos del enfermo Murcia. nov. 1986.

¹¹ Gallego Riestra, G. Hinojal Fonseca, R. y Rodríguez Getino, J. A. Los derechos de los pacientes: problemática práctica. Área de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL100/M1001405.pdf>

¹² Galán Cortes- Criado del Río, M^oT. Seoane Prado, Javier. Prólogo de Ricardo de Lorenzo. Aspectos médico-legales de la historia clínica Edit. Colex 1999 Madrid. ISBN: 84-7879-508-1 Pág. 107.

¹³ Castellano Arroyo, M. El Consentimiento Informado de los Pacientes en: Manual de Bioética General. Director editorial Dr. Aquilino Polaino-Lorente. Madrid.1994.RIALP ISBN 8432130273.

¹⁴ Castillo Valery, A. Ética médica ante el enfermo grave. Edit., Jims. Barcelona 1986.

¹⁵ Art.5 del Decreto de Presidencia, 27 de enero de 1941. Derogado por Real Decreto 1558/1986 de 28 de junio.

¹⁶ Castellano Arroyo, M. Bosquejo histórico de la Medicina del Trabajo: la Medicina del Trabajo instrumento de desarrollo social y económico. Granada 25 de junio de 2007 Deposito Legal: J.352-2007. Imprime Soproargra S.A. Polígono Industrial los Olivares Vilatorres, 10-Jaén.

¹⁷ Castellano Arroyo, M. La Deontología Médica, teoría y práctica. En: Derecho biomédico y bioética. Romeo Casabona, C (Coord).; Casado, M; Castellano Arroyo, M; Gafo, J; Gros Espiell, H, Roca Trías, E. Editorial Comares. ISBN: 84-8151-668-6.

¹⁸ Gracia Guillén, D. Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Ed. El Búho, 1998. y en Responsabilidad ética y responsabilidad jurídica del personal sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo, Jornadas sobre los derechos de los pacientes, Madrid, Instituto Nacional de Salud. 1992.

¹⁹ Herranz Rodríguez, G. El Código de Ética y Deontología médica.

www.bioeticaweb.com/content/view/986/86/ - 313k

²⁰ Leenen, H.J.J., Pinet, G., Prims, A.V. Trends in health legislation in Europe. Masson 1986 ISBN 2225807590.

<http://gso.gbv.de/DB=2.1/CMD>

²¹ Ataz López, J. Los Derechos del Enfermo y el Ordenamiento Jurídico Civil, Humanidades Médicas. Derecho Sanitario, Jano 5-16 nov. 1985 Vol. XXIX N^o 664-H.

²² Herranz G. /I diritti del paziente, sono diritti umani?/, que aparece en Lippolis L, ed. /La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.Verso il Duemila/. Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2001. pp. 295-311.

²³ Obra ya citada. N^o 21.

- ²⁴ Osuna Carrillo de Albornoz, E, Luna Maldonado, A. Derechos del enfermo. Medicina Legal y Toxicología, 6ª Edición. ISBN-84-458-1415-X Depósito Legal B 26429-2004.
- ²⁵ Gaete González, E.A, AR. Revista de derecho informático ISSN 1681-5726. Edita Alfa Redi No 054- enero 2003.
- ²⁶ Morales Prats, F. El Médico 11-V-91.
- ²⁷ Romeo Casabona, C. M. Tendencias actuales sobre las formas de protección jurídica ante las nuevas tecnologías. Poder Judicial, 2ª época, Número 31, septiembre de 1.993.
- ²⁸ Castellano Arroyo, M. “Mujer, Sociedad y Menopausia” en Actas del VIII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. Granada 4-7 de mayo 2004.
- ²⁹ Riascos Gómez, L, O. Universidad de Navarra (1986) y Lleida (1999). La visión informática del derecho a la intimidad, no es un nuevo derecho fundamental.
www.informatica-juridica.com/trabajos/ponencia.asp
- ³⁰ Álvarez-Cienfuegos Suárez, J.M. La confidencialidad de los datos relativos a la salud. En (Martínez Calcerrada, L, De Lorenzo y Montero, R). Tomo I. de Dº Médico, Tratado de Dº sanitario. Doctrina Jurisprudencial del Tribunal constitucional. Edit. Colex Madrid 2001. ISBN 84-7879-626-6
- ³¹ García-Berrio, Hernández M.T. (Universidad de Murcia) Protección de datos personales y su regulación en Francia y España, ISBN: 8483714396. (2003).
- ³² Cuervo, J La intimidación informática del trabajador A.R: Revista de Derecho Informático N° 003-octubre 1998 Edit. Alfa Redi. ISSN 1681-5726.
- ³³ Calcedo Ordóñez, A. Secreto médico y Protección de Datos Sanitarios en la Práctica Psiquiátrica. Edit. médica Panamericana SA2000. ISBN 84-7903-592-7. Dpto. legal: M-14683 Madrid. mayo de 2000.
- ³⁴ Obra ya citada N° 29.
- ³⁵ Castellano Arroyo, M; Gisbert Calabuig, J.A El Secreto Médico. Hª Clínica. Confidencialidad y otros problemas médico-legales de la documentación clínica. Medicina Legal y Toxicología 6 Edición ISBN-84-458-1415-X Depósito Legal B 26429-2004.

³⁶ 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

sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/inspAyPrest/convenioOviedo

³⁷ Guerrero Zaplana J. Los derechos a la intimidad y a la protección de datos de los pacientes a los eventos adversos.

www.aeds.org/Congreso12/PONENCIASCOMUNICACIONES%20LIBRES/comunicaciones%20XII/Jose%20Guerrero%20Zaplana.pdf

³⁸ Diario Médico 13 de noviembre de 2009.

³⁹ Broggi, M.A.: La información clínica y el consentimiento informado, Medicina clínica, 104, 218-220, 1995.

⁴⁰ Fernández del Hierro, J.M.; Responsabilidad civil médico sanitaria y hospitalaria, Aranzadi. Pamplona, 1983.

⁴¹ Luna, A. "El consentimiento para las actuaciones médicas en los enfermos terminales." El derecho en las fronteras de la Medicina. Universidad de Córdoba 1985

⁴² Marañón, G El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo. Ed. Nacional. Madrid 1952.

⁴³ Obra ya citada. Nº 24.

⁴⁴ Sánchez Caro, E, J y Sánchez Caro, J. El Médico y la Intimidad Ediciones Díaz de Santos, SA, 2001.

⁴⁵ Carracedo, A, El derecho del enfermo a ser informado en: Actas de las I Jornadas Nacionales sobre los derechos del enfermo. Grafimur. Murcia 1987. ISBN 84-505-4969-8.

⁴⁶ Villanueva Cañadas, E. El Límite del deber de curar en: Actas de las I Jornadas Nacionales sobre los derechos del enfermo. Grafimur. Murcia 1987. ISBN 84-505-4969-8.

⁴⁷ Obra ya citada. Nº 45.

⁴⁸ Ataz López, J. Los médicos y la responsabilidad civil. Ed. Montecorvo. Madrid 1985.

⁴⁹ Fernández del Hierro, J. M. Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria. Ed. Aranzadi. Pamplona 1984.

⁵⁰ Obra ya citada Nº 45.

⁵¹ Obra ya citada Nº 24.

⁵² Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) www.cis.es

- ⁵³ Bernard Pérez, L, Serrat More, D, y Castellano Arroyo, M. Acotaciones Médico Legales sobre el Consentimiento Informado. Cuarto Congreso Derecho y Salud. San Sebastián-Donostia Noviembre 1995.
- ⁵⁴ Cerrillo: Consentimiento. Nueva Enciclopedia Jurídica Seix, V, Barcelona 1976.
- ⁵⁵ Castellano Arroyo, M, Villanueva Cañadas, E. Prólogo “El consentimiento informado en la práctica médica y el testamento vital”, Javier López y García de la Serrana, Edit. Comares, Granada 2002.
- ⁵⁶ Schneider, Carl E. The practice of Autonomy: Patients, Doctors and Medical Decisions. Oxford University. Press 1998.
- ⁵⁷ Obra ya citada N° 7.
- ⁵⁸ Villanueva Cañadas, E, El Consentimiento. Derechos del enfermo. Medicina Legal y Toxicología, 6ª Edición. ISBN-84-458-1415-X Depósito Legal B 26429-2004.
- ⁵⁹ "Garrido Roldán, B, Perea Pérez, B. El consentimiento informado en la Práctica Médica. SmithKline Beecham Sa Madrid 1996.
- ⁶⁰ García Urbón, M. Ética Médica. Texto de radiología en la Red Información al paciente. Consentimiento Informado www.geocities.com/.../1602/.../tema61mgu.htm -
- ⁶¹ Gracia, D. Fundamentos de bioética. Eudema Madrid 1989.
- ⁶² Rodríguez Martínez, M. El Consentimiento Informado en Patología Digestiva: Endoscopia Digestivas Altas y Bajas hera.ugr.es/tesisugr/17624332.pdf.
- ⁶³ Moya Pueyo, V, Roldán Garrido, B, Sánchez Sánchez, J.A: Odontología Legal y Forense. Edit. Masson Barcelona.1994.
- ⁶⁴ Obra ya citada. N° 5.
- ⁶⁵ Guerrero Picó, Mª Carmen. Miembro del Servicio de estudios de la corte constitucional Italiana. ReDCE N° 4 julio-diciembre 2005 293-332.
- ⁶⁶Seuba J.C, Ramos González, S. Facultad de Derecho, Universitat Pompeu Fabra".Presentación de la Ley 41/2002, 14 nov.".Working Paper N° 138.Barcelona, abril 2003.www.indret.com
- ⁶⁷ Decreto 45 /1998 de 17 de marzo, del País Vasco por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias.

⁶⁸ Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de País Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad, reguladora exclusivamente de la expresión de voluntades anticipadas.

⁶⁹ 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.

⁷⁰ Serrano Ruiz-Calderón J. M. La Ley 41/2002 y la Voluntades Anticipadas. Cuadernos de Bioética. Enero-abril, año/Vol. XVII, número 059. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia. España.2006.

⁷¹ Anteproyecto de Ley 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. (Se somete a información pública, según Edicto de 5 de marzo de 2009).

⁷² Ley de Galicia, 32/2001, de 28 de mayo, (B.O.E.03-07-01), reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

⁷³ 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.

⁷⁴ Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

⁷⁵ Ley 3/2005 de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura.

⁷⁶ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

⁷⁷ Ley 3 /2005 de 23 de mayo. Por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. En la Comunidad de Madrid.

⁷⁸ Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

⁷⁹ Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja.

⁸⁰ Ley 9 /2005 de 30 de septiembre, de la Rioja, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.

⁸¹ Ley Foral 11/002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica de Navarra.

⁸² 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.

⁸³ Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación sanitaria de Cantabria.

⁸⁴ Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad valenciana.

⁸⁵ Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de les Illes Balears.

⁸⁶ Ley 8/2003 de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla-León.

⁸⁷ Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones previas en el ámbito sanitario.

⁸⁸ Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

⁸⁹ Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad anticipada. Andalucía.

⁹⁰ Anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte (Boletín Nº 183 de 15/09/2008). El 9 de junio de 2009, la Junta de Andalucía aprueba esta Ley, la primera en España, que regula la voluntad del paciente terminal, y pasa al Parlamento para su tramitación.

⁹¹ Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, aprobado el 20 de febrero de 2009.

⁹² Ley 11/94 de Derechos y Deberes de Ordenación Sanitaria de Canarias.

⁹³ Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas 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, presentado por el consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, el 6 de octubre de 2008 ante el Consejo Regional de Salud.

⁹⁴ Obra ya citada Nº 13.

⁹⁵ Obra ya citada Nº 13.

⁹⁶ Girela López, E. Profesor titular de la cátedra de Medicina Legal y Forense en la Universidad de Córdoba. Obra ya citada Nº 38.

BIBLIOGRAFIA REFERIDA A LA NORMATIVA DE LOS PAISES DE LA UE (EXCEPTO ESPAÑA)

⁹⁷ Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, del Consejo Europeo, que se reunió en Oviedo el 4 de abril de 1997. www.filosofia.org/cod/c1997as2.htm -

⁹⁸ Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (Roma 15 Noviembre 2002).
www.cec.eu.es/.../European_Charter_of_Patients_Rights_in_Spanish%5B1%5D.pdf.

⁹⁹ Directiva comunitaria 95/46 de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

vlex.com/vid/fisicas-tratamiento-personales-circulacion-15407714

ALEMANIA

¹⁰⁰ "Patientenrechtecharta" Europäische carta der patientenrechte, Roma, noviembre 2002.

¹⁰¹ Morales Prats, Fermín El Médico 11-V-91.

¹⁰² Código de Conducta Profesional alemán.

www.bionetonline.org/castellano/Content/gh_leg2.htm

AUSTRIA

¹⁰³ Carta de Derechos de Pacientes (BLF I 1999/195).

¹⁰⁴ Ley de Organización y Garantía de la autodeterminación y Dignidad Humana.

<http://gin.uibk.ac.at/thema/rechtsinformation/patientenrechte/index.html#oben#oben>

¹⁰⁵ Ley Federal sobre la Documentación en el Sistema Sanitario (Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen), (BGBl.= Bundesgesetzblatt = Boletín de Leyes federales = BLF Nr. 745/1996, novelizado en BLF. I Nr. 144/2003)

¹⁰⁶ Romeo Casabona, C. Humanidades Médicas y Derecho Sanitario. La Protección de los Derechos del enfermo por la Legislación Penal. Jano 5-16 Noviembre 1985 Vol. XXIX N° 664 H.

¹⁰⁷ Carta de Derechos del Paciente (BLF I 1999/195).

BÉLGICA

¹⁰⁸ Ley 22 agosto de 2002 de Derechos relativos a los Pacientes, (2002-08-22/45).

¹⁰⁹ Código de Sanidad Belga reformado por Ley de 4 de marzo de 2002.

¹¹⁰ Ley de 27 de junio de 1990 en lo relativo a los derechos y a la protección de personas hospitalizadas y con problemas mentales.

¹¹¹ Ley de 20 de diciembre 1988 sobre investigación biomédica.

¹¹² Ley belga de 16 de Mayo de 2002 de Terminación de la vida y auxilio al suicidio.

¹¹³ Ley holandesa de 1 de abril de 2002 de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Senado año 2000-2001.26691, Núm.137.

¹¹⁴ www.hoy.com.ec/.../luxemburgo-se-convierte-en-tercer-país-europeo-en-legalizar-la-eutanasia-338825.html

¹¹⁵ noticias.terra.es/.../legislaciones-y-practicas-de-la-eutanasia-en-europa.aspx -

¹¹⁶ Constitución belga, (promulgada en 1831 y revisada en 1993).

¹¹⁷ Ley de 31 julio 1991 sobre las reglas de comunicación y protección de la confidencialidad de las informaciones médicas.

¹¹⁸ Decreto de 6/9/95, nuevo Código deontológico Belga, Art.35.1.

¹¹⁹ Código Civil Belga vigente.

BULGARIA

¹²⁰ Ley de Salud, que entró en vigor el 1 de enero de 2005 (LAW OF HEALTH Prom. SG. 70/10 Aug 2004, amend. SG. 46/3 Jun 2005, amend. SG. 76/20 Sep 2005, amend. SG. 85/25 Oct 2005, amend. SG. 88/4 nov. 2005, amend. SG. 94/25 nov. 2005).

¹²¹ Ley promulgada en State Gazette, No 22/14 March 2006, amended SG, No 48/13 June 2006, que entró en vigor el 1 de mayo de 2006.

¹²² Ley para los Centros al cuidado de la salud que entró en vigor el 1 de enero de 2006.

¹²³ Constitución vigente de Bulgaria.

¹²⁴ Código vigente de Ética Profesional Búlgaro.

CHIPRE.

¹²⁵ Ley de Derechos de los Pacientes. de 7 de enero de 2005.

¹²⁶ http://ec.europa.eu/health-eu/doc/cy_patients_rights.pdf

¹²⁷ Dr. Polinikis, http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/index_en/index_en?OpenDocument

¹²⁸ Ley de Protección de datos personales de 2001.

¹²⁹ Obra ya citada N° 126.

DINAMARCA.

¹³⁰ Act-Law No 546 Ley de Salud, de 24 junio 2005 que entró en vigor el 1 de enero de 2007.

¹³¹ Act. No. 429 de 10/06/2003 que entró en vigor el 1 de enero de 2004.

¹³² (Lov om patienters retsstilling) de 1998.

¹³³ Ley sobre la actividad médica (Lov om udøvelse af lægegerning) de 2001.

¹³⁴ Constitución vigente danesa, artículo 72 que protege el secreto de la comunicación y el correo.

¹³⁵ Código Criminal vigente, cap. 27 que ofrece protección de la privacidad en relación al descubrimiento de la información privada (sección 264).

¹³⁶ Act of processing Data, 31 May 2002- Art.7, sec.1, que prohíbe el proceso de datos personales concernientes a la salud.

¹³⁷ Enmienda de 1997 a la Ley danesa sobre contratos de seguro.

www.bionetonline.org/castellano/content/gh_leg2.htm

ESLOVAQUIA

¹³⁸ Ley 576/2004 C.L. (Código de Leyes) de cuidados sanitarios y de servicios relacionados con prestación de cuidados sanitarios.

¹³⁹ Ley N° 428/2002 de Protección de Datos de Carácter Personal.

¹⁴⁰ Constitución eslovaca vigente.

ESLOVENIA

¹⁴¹ Ley de Derechos de los Pacientes de 29 de enero de 2008, se ratificó el 26 de febrero de 2008 y se aplicó en la práctica el 26 de agosto de 2008.

¹⁴² Constitución vigente de la República de Eslovenia.

¹⁴³ Ley Eslovena de Protección de Datos Personales Boletín Oficial N°.86/2004, entró en vigor el 1 de enero de 2005.

ESTONIA

¹⁴⁴ Ley de Obligaciones de 2001, que entró en vigor el 1 de julio de 2002.

¹⁴⁵ Código Penal. de Estonia.

¹⁴⁶ Ley de 12 de febrero de 2003(RT I 1996, 48, 944; 1998, 59, 941; 111, 1833; 2000, 50, 317; 92, 597; 104, 685; 2001, 50, 283; 2002, 61, 375; 63, 387) and the Databases Act (RT I 1997, 28, 423; 1998, 36/37, 552; 1999, 10, 155; 2000, 50, 317; 57, 373; 92, 597; 2001, 7, 17; 17, 77; 24, 133; 2002, 61, 375; 63, 387; 2003, 18, 107).(20.03.2002 entered into force 18.04.2002 - RT I 2002, 32, 187).

¹⁴⁷ Reglamento N ° 144 sobre Requisitos de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud.

FINLANDIA

¹⁴⁸ ACT ON THE STATUS AND RIGHTS OF PATIENTS Ley sobre la condición y los derechos de los pacientes (No.785, de 17 de agosto de 1992, modificado en 1999) que entró en vigor el 1 de marzo de 2005.

¹⁴⁹ Ley sobre la Condición y los derechos de los clientes de Bienestar Social (núm. 812/2000).

¹⁵⁰ Ley de la Salud del Paciente (núm. 585/1986), que se centra en la compensación financiera para los pacientes en caso de daños médicos.

¹⁵¹ Constitución finlandesa vigente.

¹⁵² Ley de Datos Personales (523/1999), secciones 26 a 28.

¹⁵³ Secciones 11 y 12 de la Ley Openness of Government Activities (621/1999) (112).

¹⁵⁴ 9.4.1999/489 Provisiones sobre el tratamiento dado independientemente de la voluntad del paciente (incluidas en el Acta (1116/1990) de Salud mental).

¹⁵⁵ Acta sobre el Trabajo Social (41/1986).

¹⁵⁶ Acto de Enfermedades transmisibles (583/1986).

¹⁵⁷ Acta sobre el Cuidado Especial para el discapacitado psíquicamente (519/1977).

FRANCIA

¹⁵⁸ Ley N ° 2005-370 relativo a los derechos de los pacientes y el final de la vida que entró en vigor el 22 de abril de 2005.

¹⁵⁹ Ley N° 2002-303 de 4 de marzo de 2002 (por la que se modifica, entre otras cosas, el Código de Salud Pública y el Código Civil).

¹⁶⁰ Code de la santé publique de 1953 y reformado en 2005.

¹⁶¹ La Carta de la persona hospitalizada, (circulaire ministérielle du 2 mars 2006).

Anexo a la circular no DHOS / E1 / DGS / SD1B / SD1C / SD4A / 2006 / 90 del 2 de marzo de 2006 relativo a los derechos de las personas hospitalizadas y que contienen la carta de la persona hospitalizada.

¹⁶² Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

¹⁶³ Artículos 226-13 y 226-14 del Código Penal francés vigente.

¹⁶⁴ Art. 26 - Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

¹⁶⁵ Ley n ° 92-614 del 6 de julio de 1992 y sus textos de aplicación (cf. artículo L.1113-1 en L.1113-10 y R.1113-1 en R.1113-9 del Code de la santé publique).

¹⁶⁶ Art.21 de la Ley de 13 de agosto de 2004 sobre Contrato de Seguro de Salud modificó el art. L. 161-33 del Code de la sécurité sociale.

¹⁶⁷ Código Deontológico francés vigente, art. 35.

¹⁶⁸ Código Civil vigente, art. 16-1.

¹⁶⁹ Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002) [JO N° 54].

¹⁷⁰ Comentarios sobre el Código Deontológico del Consejo Nacional francés de la Orden de Médicos (comentario artículo 36).

GRECIA.

¹⁷¹ Art. 47 de la Ley 2071/1992.

¹⁷² Código Deontológico de Medicina (Con fecha 8 de nov. se firmaron las actas formales del Parlamento griego. Ley 3418 FEK, A, 287/28-11-2005 actualizando el anterior Código de 1955).

¹⁷³ Código Civil vigente y Código Penal vigente de Grecia.

HUNGRÍA

¹⁷⁴ Capítulos II y IV de la Ley de Derechos y Obligaciones de los Pacientes (CLIV reforma a la Ley de 1997 sobre Salud).

http://www.szozolo.hu/53/rights_and_obligations_of_patients.htm

¹⁷⁵ Ley de Protección de Datos de 1992.

¹⁷⁶ Ley de Protección de Datos de Salud 1997.

¹⁷⁷ Código Penal vigente de Hungría.

IRLANDA

¹⁷⁸ Revisión del 18 de abril de 2005 de la Carta Europea de los derechos de los pacientes de 2004, (Asociación de Pacientes de Irlanda, con la colaboración del equipo de investigación de la escuela de Enfermería, la Facultad de Derecho y el gobierno en la ciudad de Dublín).

¹⁷⁹ www.citizensinformation.ie/.../consent-to-medical-and-surgical-procedures

¹⁸⁰ Section 23 of the Non-Fatal Offences Against the Person Act, 1997.

¹⁸¹ Ley de Salud mental, de 2001.

¹⁸² Control of Clinical Trials Act, 1987.

ITALIA

¹⁸³ Código de Ética Médica italiano de 1998.

¹⁸⁴ 13 al 32 de la Costituzione de la Republica Italiana.

¹⁸⁵ Legge 833/1978.

¹⁸⁶ Legge 135/1990.

¹⁸⁷ D.M. 15/1/1991.

¹⁸⁸ D.M. 27/4/1992.

¹⁸⁹ Legge 675/1996.

¹⁹⁰ Legge 91/1999.

¹⁹¹ Código Penal italiano vigente, artículo 622.

¹⁹² Morales Prats, F, El Médico 11-V-91.

¹⁹³ Ley de protección de Datos, Decreto Legislativo 196/2003, de 30 de junio de 2003, GU N° 174 de 29 de julio de 2003 que entró en vigor el 1 de enero de 2004.

¹⁹⁴ Dr. Passalacqua, R. de la 'Azienda Ospedaliera', Cremona:

www.eurekaalert.org/staticrel.php?view=newSP

¹⁹⁵ Kelly, W.D, Friesen, S.R, Surgery 27:822-826 (1950), citado en Luna, A. El Consentimiento para las actuaciones médicas en los enfermos terminales. En Luna, A. El derecho en las fronteras de la Medicina. Universidad de Córdoba 1985.

¹⁹⁶ Código Deontológico de 1998 italiano, art.40.

¹⁹⁷ Constitución Italiana de 22 diciembre de 1947, art.32.

¹⁹⁸ Ley italiana (1.833/7B).

¹⁹⁹ Párrafo 5 del artículo. 33 de la Ley 833 constitutiva del Servicio Sanitario Nacional de 23-12-1978.

LETONIA

²⁰⁰ Constitución vigente de Letonia, artículo 11.

²⁰¹ Ley de Medicina promulgada por El Saeima y el Presidente de Estado, con Enmiendas del 20 de junio de 2001. Surte efecto el 1 de octubre de 1997.

LITUANIA.

²⁰² Constitución vigente de la República de Lituania.

²⁰³ Código Civil, (qué entró en vigor en julio de 2001).

²⁰⁴ Ley sobre los Derechos de los pacientes y compensación de los daños para su salud, de 3 octubre de 1996. No I - 562 con enmiendas de 21 mayo, 1998.

²⁰⁵ Law of the Republic of Lithuania Amending the Law on the Health System de 1 December 1998 No.VIII-946 Vilnius.

²⁰⁶ Ley sobre la Protección Jurídica de Datos Personales, de 21 de enero de 2003, modificada el 13 de abril de 2004.

LUXEMBURGO.

²⁰⁷ Ley de establecimientos hospitalarios, de 28 de agosto de 1998.

²⁰⁸ Nuevo Código de ética médica adoptado y aprobado por el Decreto Ministerial de 7 de julio de 2005.

²⁰⁹ Ley de 22 de diciembre de 2006, que modifica la Ley de 26 de mayo de 1988.

²¹⁰ Loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

²¹¹ Obra ya citada. N° 114.

²¹² Código Penal vigente en Luxemburgo.

MALTA

²¹³ Mental health Act 2007.Rights of mental healthcare users. Part II.

²¹⁴ Constitución de Malta de 1964 con Enmiendas de 13 de diciembre de 1974 y de enero de 1987.

²¹⁵ The Mental health Act 2007.Rights of mental healthcare users. Part II en el art. 3.1.i.

²¹⁶ Attard-Montalto S. Ediciones éticas en práctica pediátrica parte I: Principios Generales. Imágenes Pediátricas Cardiol 2002; 9:1-3 Presidente, departamento de la pediatría, hospital del St. Lucas, departamento de pediatría, universidad de la escuela médica de Malta.

PAISES BAJOS (HOLANDA)

²¹⁷ Ley de Derechos de los Pacientes de 1 de abril de 1995.

²¹⁸ Ley de Prevención de Salud Pública Colectiva de 13 de julio 2002 (Wet van 13 juli 2002 tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid).

²¹⁹ Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, Dutch Medical Treatment Act.1994 desde los artículos 446 al 468.

²²⁰ Act on Involuntary Admissions to Psychiatric Hospitals (1994).

²²¹ Act on patients' rights (1995).

²²² Right to Complain Act (1995). (Legislación general sobre derechos de los pacientes).

²²³ Act on Mentorship (incompetent adults) (1995).

²²⁴ Act on Quality of Care in Institutions (1996). (Legislación sobre calidad de la asistencia).

²²⁵ Act on Individual Professions in Health Care (1997).

²²⁶ Act on Medical Examinations (1998).

²²⁷ Act on Organ Donation (1998).

²²⁸ Act on Medical Research (1999).

²²⁹ Wet van 13 juli 2002 tot wijziging van de Wet collective preventie volksgezondheid. (Hace referencia al derecho a la salud, prevención y cuidados médicos en general).

²³⁰ Legemaate Johan. Professor of health law, Patients' rights: experiences from the Netherlands Centre for Advanced Legal Studies in Healthcare Erasmus University Rotterdam Conference on Patients' Rights Bulgaria, Sofia, 16 November 2001 www.bmg.eur.nl/gr/cash/

²³¹ Van Ittersum, Frans.

www.aceprensa.com/articulos/1998/jun/17/holanda-empieza-a-impulsar-los-cuidados-paliativos/ -

²³² Constitución vigente en Holanda.

POLONIA

²³³ Carta de los Derechos de los Pacientes de 1998.

²³⁴ Constitución polaca de 2 de abril de 1997, artículo 68.1

²³⁵ Ley de Derechos de los Pacientes de 30 de agosto de 1991.

²³⁶ Ley sobre los Profesionales de la Medicina del año 1996.

²³⁷ Ley de la profesión de enfermeras y comadronas del año 1996.

²³⁸ Ley de la protección de la salud psíquica de 19 de agosto de 1994.

²³⁹ Ley de extracción y trasplante de células, tejidos y órganos de 26 de octubre de 1995.

PORTUGAL

²⁴⁰ Ley Fundamental de la Salud 48/90, de 24 de agosto de 1990.

²⁴¹ Ley de Salud Mental N ° 36/98 de 1998.

²⁴² Ley N ° 45/2003, de 22 de agosto de 2003, sobre las terapias no convencionales.

²⁴³ Ley n ° 12/2005, de 26 de enero de 2005, sobre la información genética personal y la información sanitaria.

²⁴⁴ Ley n ° 32/2006, de 26 de junio de 2006, sobre la procreación médicamente asistida.

²⁴⁵ Ley (Decreto-Ley) n ° 60/2003 de 1 de abril de 2003 sobre atención primaria de la salud.

²⁴⁶ Ley (Decreto-Ley) n ° 281/2003 de 8 de noviembre de 2003 sobre la continuidad de la atención de la salud.

²⁴⁷ Ley N° 12/2005, de 26 de enero de 2005 relativa a la información de la salud.

²⁴⁸ Código deontológico portugués vigente.

²⁴⁹ Constitución portuguesa vigente, artículo 35.

²⁵⁰ Código Civil portugués vigente.

²⁵¹ Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Diário da República, 3 de Janeiro de 2001) Capítulo II, III.

²⁵² Código penal portugués vigente, Capítulo VII artículo 195, (de los crímenes contra la reserva de la vida privada).

REINO UNIDO

²⁵³ Data Protection Act 1998, en vigor desde 1 de enero de 2000.

²⁵⁴ Ley de 27 de marzo de 2000, The protection and use of patient information guidance from the Department of Health.

www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009.

²⁵⁵ Gisbert Calabuig J.A, Nuevos aspectos de la responsabilidad medica del ejercicio de la medicina de grupo o en equipo. Discurso de recepción en la R.A.M de Valencia 1979.

²⁵⁶ 12 key points on consent: The law in England Department of health March 2001.

www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006...

²⁵⁷ Ley de Salud Mental de 1983.

²⁵⁸ The duties of a doctor registered with the General Medical Council Patientets' right to confidentiality, April 2004.

REPÚBLICA CHECA

²⁵⁹ Ley N° 20/1966 de atención de la salud.

²⁶⁰ Código de derechos del paciente en instituciones de salud Elaborado por el Comité Central de Ética del Ministerio de Salud en 1992.

²⁶¹ Código Ético de Médicos vigente de la República Checa.

²⁶² Leyes 20/66, 48/07 y 256/92 relativas a derechos de los pacientes.

²⁶³ Código Civil checo vigente.

RUMANIA

²⁶⁴ Legea nr. 46 din 21.01.2003 privind drepturile pacientului, Monitorul Oficial nr. 51 din 29.01.2003.

SUECIA

²⁶⁵ The Health and Medical Service Act 1982:763 Promulgada el 30 de junio de 1982 - Sección 2a y 2b.

²⁶⁶ Ley de Servicios Médicos (hälso-och sjukvårdslagen, HSL, 1982:763).

- ²⁶⁷ Ley de actividades de la salud y la atención médica sobre el terreno (lagen om yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens localización, LYHS, 1998:531).
- ²⁶⁸ Ley del Secreto (sekretesslagen, 1980:100).
- ²⁶⁹ Ley de datos personales (personuppgiftslagen, PUL, 1998:204).
- ²⁷⁰ Ley de Registros de Atención (lagen om vårdregister, 1998:54).
- ²⁷¹ Biobanks in Medical Care Act 2002:297, Promulgada 23 mayo 2002 que entró en vigor 1 de enero 2003.
- ²⁷² Ley de castración (1944:133).
- ²⁷³ Ley de uso indebido de drogas (1988:870).
- ²⁷⁴ Ley de Cuidado de los jóvenes (1990:52).
- ²⁷⁵ Ley Atención Psiquiátrica (1991:1128).

BIBLIOGRAFIA EPÍGRAFE VII

- ²⁷⁶ www.elcomerciodigital.com/.../aconsejan-haya-aparatos-cada-20090410.html -
- ²⁷⁷ Adebamowo, C. Conferencia sobre ética, investigación y globalización, Bruselas 14 de mayo de 2007 europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId
- ²⁷⁸ Villanueva Cañadas E, Castellano Arroyo M. Derecho sanitario al uso del pediatra.El consentimiento informado en Pediatría.2001 Ediciones Ergón, S.A. ISBN: 84-8473-056-6 Depósito Legal: M-44739-2001.