



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

La autonomía del paciente en la Ley 41/2002.

Autora

María Cisneros Aznar

Directora

María del Carmen Bayod López

Facultad de Derecho

2024

Resumen.

En el siguiente trabajo se va a llevar a cabo un estudio de la autonomía del paciente en referencia a la Ley 41/2002, se va a proceder a un análisis de sus aspectos más relevantes: el derecho del paciente a recibir toda la información del proceso sanitario al que pueda someterse, el derecho al consentimiento informado, es decir, el derecho del paciente a prestar libremente su conformidad después de recibir la información adecuada, el derecho del paciente a que se respete su intimidad, y las instrucciones previas y la eutanasia. Además, se procederá a realizar un análisis de la legislación foral de Aragón respecto del tema principal.

Palabras clave.

Derecho, paciente, enfermedad, información, consentimiento informado, consentimiento libre, información adecuada, relación clínica, proceso clínico, profesional sanitario, actividad asistencial, intervención, privacidad, intimidad, derecho a la intimidad, confidencialidad, secreto médico, testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas, eutanasia.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	4
	1. CUESTIÓN TRATADA EN EL TRABAJO.....	4
	2. METODOLOGÍA SEGUIDA.....	5
	3. RAZÓN ELECCIÓN DEL TEMA.....	5
II.	ANTECEDENTES A LA LEY 41/2002	6
	1. ÁMBITO INTERNACIONAL.....	6
	2. ÁMBITO NACIONAL.....	7
III.	ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS	10
IV.	MATERIAS BÁSICAS DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	13
	1. DERECHO A LA INFORMACIÓN COMO DERECHO PREVIO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	13
	1.1. La titularidad del derecho a la información.....	13
	1.2. El sujeto obligado a facilitar la información.....	16
	1.3. El sujeto colectivo del derecho a la información.....	17
	2. DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	17
	2.1. Momento de prestar el consentimiento.....	18
	2.2. Exigencias formales.....	19
	2.3. Contenido objeto del consentimiento.....	20
	3. DERECHO A LA INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD.....	21
	3.1. Marco legal.....	21
	3.2. Derecho a la intimidad en el ámbito sanitario.....	22
	3.3. Conflicto de intereses.....	24
	4. INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL).....	25
	4.1. Concepto, naturaleza jurídica y límites.....	25
	4.2. El testamento vital y la Ley de Eutanasia.....	26
V.	DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN ARAGÓN	29
VI.	CONCLUSIONES	32
VII.	BIBLIOGRAFÍA	34

LISTADO DE ABREVIATURAS

BOE	Boletín Oficial del Estado.
Núm.	Número.
TEDH	Tribunal Europeo de los Derechos Humanos.
Art.	Artículo.
LGS	Ley General de Sanidad.
LAP	Ley de Autonomía del Paciente.
Págs.	Páginas.
BOA	Boletín Oficial de Aragón.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
JUR.	Jurisdicción.
TSJ	Tribunal Superior de Justicia.
STS.	Sentencia del Tribunal Supremo.
RAE	Real Academia Española.
LORE	Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1. CUESTIÓN TRATADA EN EL TRABAJO.

La información al paciente en el ámbito sanitario como requisito previo para la validez de su consentimiento al tratamiento médico, ha sufrido una importante transformación. Desde la perspectiva de los médicos, esta transformación ha sido crucial para tomar conciencia de su relevancia y ajustar su praxis al cumplimiento de deberes de información y obtención del consentimiento del paciente. Este cambio se ha producido, en parte, gracias al desarrollo de la Ley 41/2002.

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 documentación clínica¹, es una norma fundamental en el ámbito del Derecho sanitario, que reconoce y garantiza el derecho de los pacientes a decidir sobre su propia salud, a recibir una información adecuada y veraz, y a disponer de una documentación clínica que refleje su proceso asistencial. Esta ley supuso un antes y un después en el ámbito de la relación médico paciente puesto que, anteriormente, su regulación no resultaba suficiente. Por ello, la Ley refleja la evolución hacia una práctica médica más centrada en el paciente y en el respeto de su autonomía. Se reconoce al paciente como un agente activo en su propia atención médica, puesto que va a ser él quien tome las decisiones relacionadas con su salud.

Además, se analizará la normativa autonómica aragonesa que complementa a la idea básica de la Ley 41/2002.

Antes de comenzar con el desarrollo del trabajo, es necesario aclarar una serie de conceptos básicos que se van a desarrollar en el trabajo. En primer lugar, es necesario saber que la autonomía del paciente radica en asegurar el derecho inherente de cada individuo a tomar decisiones informadas y libres acerca de su atención médica. Esta capacidad de decisión, que es fundamental, reside en el propio paciente, titular de este derecho. La herramienta clave que permite ejercer este derecho de manera efectiva es el consentimiento informado. Este concepto no solo constituye una parte esencial de la autonomía de la voluntad en la Ley 41/2002, sino que también representa el proceso mediante el cual un paciente, tras recibir información completa y comprensible sobre su

¹ B.O.E. núm. 274, del viernes 15 de noviembre de 2002.

estado de salud, diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios asociados, toma una decisión consciente y voluntaria respecto a su curso médico. Por ello, el consentimiento informado no solo no se trata de un mero trámite burocrático, sino más bien un ejercicio de la libertad y autonomía del individuo en el ámbito de la salud.

2. METODOLOGÍA SEGUIDA.

La relevancia de esta Ley implica la necesidad de poner en contexto la normativa anterior a su entrada en vigor, es decir, los antecedentes que han precedido esta Ley y que sirvieron de trampolín a la hora de elaborarla. Por ello, en primer lugar, se va a proceder a un análisis de sus antecedentes y su posterior evolución desde la entrada en vigor de la misma. Presentando el contexto histórico, jurídico y social en el que se promulgó, así como sus principales objetivos y características.

El objetivo principal de este trabajo es explicar el concepto, el fundamento y el alcance de la autonomía del paciente, como expresión de su dignidad y libertad y como límite al poder médico y al intervencionismo estatal. Examinar la figura de las instrucciones previas o testamento vital, como una manifestación anticipada de la voluntad del paciente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.

En conclusión y teniendo en cuenta la metodología seguida, se va a proceder a un análisis de la evolución de la ley, teniendo en cuenta sus antecedentes históricos, jurídicos y sociales. Principalmente, se va a realizar un desglose de la Ley 41/2002 que va a consistir en analizar el derecho a la información sanitaria, el carácter confidencial de los datos relativos al salud, la autonomía del paciente, y finalmente el consentimiento informado e instrucciones previas.

3. RAZÓN DE ELECCIÓN DEL TEMA.

La elección del tema responde a cuestiones de actualidad y relevancia. Se trata de un tema de gran importancia en el campo de la bioética y el derecho sanitario ya que establece los principios básicos de la relación médico-paciente. Es decir, es un tema que provoca un importante impacto directo en la vida de las personas y en la práctica médica diaria ya que constituye la base de una buena praxis médica. Por ello, la Ley 41/2002 representa un importante avance de la legislación sanitaria española, en los derechos del paciente y en la autonomía del mismo.

II. ANTECEDENTES

La Ley 41/2002 no fue la primera en regular la autonomía del paciente y sus derechos en el ámbito sanitario en España, sino que se apoyó en otras normativas y principios previos que sentaron las bases para la promulgación de esta ley, que consolidó y desarrolló aún más los derechos de los pacientes en España.

1. ÁMBITO INTERNACIONAL

En el ámbito internacional cabe destacar las siguientes declaraciones que fueron poniendo las bases de esta ley.

En primer lugar, *la Declaración de Ginebra*, emitida por la Asociación Médica Mundial en 1948, establece los principios éticos fundamentales para el ejercicio de la Medicina en el ámbito de la relación médico-paciente. Esta Declaración supuso un ejercicio de conciencia sobre los médicos, asimilando la necesidad de respetar la autonomía del paciente, mantener el secreto médico y escuchar siempre al paciente sin anteponer sus propios principios por delante de los del paciente al que están tratando. Sin embargo, todavía no se trata el término de “autonomía del paciente”.

En segundo lugar, cabe destacar *la Declaración de Helsinki*², un documento de carácter ético, elaborado, al igual que el anterior, por la Asociación Médica Mundial en 1964 y revisado varias veces posteriormente. En este caso, se van a establecer los principios éticos para la investigación médica en seres humanos. En lo referente a la autonomía del paciente establece que el consentimiento informado resulta esencial para cualquier tipo de intervención médica, así como para la participación en la investigación. A diferencia del anterior, se reconoce el principio de autonomía del paciente y, además, se establece que los sujetos de investigación deben ser informados sobre todos los aspectos y consecuencias relativas al estudio³.

² Véase, con relación a esta Declaración, la Sentencia Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 3ª) Caso Gillberg contra Suecia. Sentencia de 2 noviembre 2010. TEDH 2010\108. Es un caso de tratamiento de datos personales en el que se condena a un profesor de universidad en una investigación y se remite a la Declaración de Helsinki para indicar como debe realizar la investigación médica y los principios éticos que debe respetar.

³ *WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.*

Es importante no olvidar el *Convenio de Oviedo* puesto que supuso un gran avance en la defensa de los derechos humanos en lo relativo a la medicina. Este convenio también conocido como el 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, es un tratado internacional firmado en 1997 en Oviedo, España, bajo el respaldo del Consejo de Europa. Supuso un impacto significativo en la autonomía del paciente al establecer principios éticos y legales relacionados con la medicina y la biología. Entre los aspectos más relevantes que afectan a la autonomía del paciente se encuentran:

- El consentimiento informado.
- La confidencialidad y protección de datos.
- La Prohibición de intervenciones médicas sin fines terapéuticos.

En resumen, este importante convenio fortaleció la autonomía del paciente al establecer principios éticos y legales que protegen su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica y garantizan el respeto a su dignidad y derechos humanos en el ámbito de la medicina y la biología.

2. ÁMBITO NACIONAL

A nivel nacional es necesario destacar una serie de antecedentes que fueron asentando las bases de la Ley actual.

Debido a su importancia, es necesario destacar los antecedentes normativos de la actual regulación de las relaciones asistenciales y de la autonomía del paciente que se recogen en la Constitución Española de 1978, así como, su enorme trascendencia en la materia y en la configuración actual del contenido de los derechos que sustentan la reiterada autonomía del paciente. La Constitución Española supuso un cambio de mentalidad, pero que no se traducirá seguidamente en el desarrollo normativo para dar vida a tales nuevos principios.

La norma fundamental no contiene como tal un reconocimiento ni expreso ni implícito de la autonomía del paciente y de la autonomía de la voluntad, en cambio, si establece los principios y fundamentos que permiten su pleno reconocimiento en los términos actuales. Como es sabido y, en base al artículo 1.1, la libertad individual es recogida como uno de los valores superiores del Ordenamiento Jurídico; además en la Constitución también se recogen principios relativos a este ámbito: se reconoce el derecho

fundamental al libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE) , a la libertad ideológica (art. 16 CE) ; a la libertad de las personas (art. 17 CE) y, por último, el derecho a la libertad de pensamiento (art.20 CE).

A este reconocimiento del valor libertad individual hay que añadir el reconocimiento del derecho a la protección a la salud (art.43 CE), a la integridad física y moral (art.15 CE), y a la intimidad personal y familiar (art.18.1 CE).

Además, la Constitución Española de 1978 crea las bases que posibilitan el reconocimiento legal de la autonomía de la voluntad y de la autonomía del paciente, primero en la LGS, y posteriormente en la LAP.

Asimismo, es importante resaltar, debido a su relevancia en la materia, una norma preconstitucional como es el Real Decreto 2082/1978 de 25 de agosto⁴, por el que se aprueban normas provisionales de gobierno, administración de los servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios.

Si acudimos a su anexo nos encontramos con una interesante regulación del contenido de las relaciones entre los profesionales sanitarios y los pacientes. En su capítulo II se establece una relación de garantías de los usuarios en el que, entre otros, se incluyen como derechos del enfermo asistido los siguientes: el respeto de la personalidad y dignidad humana; la previa conformidad y consentimiento expreso y escrito del enfermo; la confidencialidad de los actos médicos y sanitarios y, cuando así se solicite, el secreto de la estancia en el Hospital (Art. 13.1. Real Decreto 2082/1978, de 25 de agosto, por el que se aprueban normas provisionales de gobierno y administración de los Servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios).

Este Real Decreto era una norma que contemplaba la autonomía de la voluntad de manera parcial, ceñida a la concurrencia de determinadas situaciones, solo para hospitales públicos y que, supuso un reconocimiento de algunos derechos condicionados. A pesar de suponer un importante avance, todavía se encontraba lejos de la regulación específica, general, plena y sin condicionantes que se va a alcanzar con la LGS y sobre todo con la LAP. Además, presentó poca vigencia temporal, puesto que fue anulada por la Sentencias 29 de abril y 10 de diciembre de 1982 de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo por no

⁴ B.O.E. núm. 209, de 1 de septiembre de 1978, páginas 20461 a 20464

haber sido oído previamente el Consejo de Estado, es decir, quedó sin efecto por un defecto formal.

En tercer lugar, cabe destacar la Ley General de Sanidad de 1986 que sentó las bases del sistema sanitario público y los derechos y deberes de los usuarios en el sistema sanitario español. Pese a la importancia de esta Ley, no se aborda específicamente el concepto de autonomía del paciente, pero se podría decir que es la gran norma de referencia en la materia.

Es la primera ley que, de manera general y directa, regula la relación médico paciente. Su importancia es puesta de manifiesto en la exposición de motivos de la LAP, que refiere y asume que dicha ley supuso un notable avance en esta materia. Hasta su reforma con motivo precisamente de la vigencia de la LAP, el precepto que regulaba los derechos frente a las distintas administraciones públicas establecía entre otras garantías, el derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad; a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso; a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en determinados casos (art.10 LGS).

Esta auténtica carta de derechos del paciente, antecedente inmediato de la actual regulación, podía ser exigible tanto en la sanidad pública como en la privada. Existe en el seno de la LGS un claro reconocimiento de los derechos del paciente y del respeto de su ámbito de autonomía y decisión, pero aún con condicionantes, como hemos visto, los recogidos en su art. 10, limitaciones que sí desaparecen con la LAP.

Con anterioridad a la Ley de Autonomía del Paciente varias Comunidades Autónomas ya se habían encargado de regular estos aspectos mediante la promulgación de determinadas leyes. Estas leyes, teniendo en cuenta el carácter de legislación básica de la Ley, debían ser acorde a ellas puesto que una contradicción de la disposición autonómica sobre la Ley 41/2002 supondría dejarla sin efecto.

Entre ellas la Ley de Salud de Aragón ley 6/2002 de 15 de abril, donde se recogen un amplio marco de derechos de los pacientes, empezando por la dignidad, intimidad, información del proceso y médicos del proceso, derecho a ser informados sobre aspectos que puedan causar riesgo, a ser informados de nuestra participación en proyectos docentes

o de investigación, de elección de médico y segundas opiniones, a negarnos al tratamiento o a expresar nuestras reclamaciones y proponer sugerencias (art. 4.1 de Ley de Salud de Aragón). Igualmente se recogen deberes para los ciudadanos como cumplir las prescripciones sanitarias comunes a toda la población, cuidado de las instalaciones y centros de Salud, respeto a los profesionales sanitarios (art.5. de la Ley de Salud de Aragón) , entre otras.

Por último, es destacable reseñar el Código Deontológico Médico que establece la buena *praxis* y los principios éticos y deontológicos que deben regir la actuación de los médicos en España⁵.

III. ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY 41/2002, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

El 16 de mayo del 2003 entró en vigor 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 Documentación Clínica. Sin embargo, no tuvo la suficiente difusión y debate en las organizaciones sanitarias, siendo fundamental el conocimiento de la misma como paso previo a la adaptación de todas las estructuras organizativas a este imperativo legal⁶.

La ley desarrolla cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS)⁷ trataba de manera insuficiente como por ejemplo son: el consentimiento, o la información ente otras, recogiendo los criterios jurisprudenciales que sobre estas materias se han ido desarrollando desde la promulgación de la LGS.

En cuanto a sus principios se refiere, se encuentran regulados en el artículo 2 de la citada ley.

En primer lugar, la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y su intimidad será lo que oriente la actividad cuyo objetivo reside en: obtener, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica (art.5

⁵ Artículo 10: 1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999 “Los pacientes tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad y le médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin”.

⁶ UNESCO. Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos. UNESCO 16/10/2003.

⁷ Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

LAP) . Este principio es un reflejo del artículo 5 del Código de deontología médica⁸ que recoge que el médico está al servicio del ser humano y debe respetarle, es decir, actuar de la misma manera con todos sus pacientes respetando su dignidad ya que el médico se debe al paciente, y nunca deberá perjudicarlo. La lesión del derecho a la intimidad se puede ver reflejado en la Sentencia núm. 8138/2012 de 3 diciembre del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Social, Sección 1ª), frente al Recurso de Suplicación núm. 5118/2011. En la Sentencia se admite el recurso de suplicación declarando que se ha producido una vulneración del derecho fundamental a la intimidad. Se llevó a cabo la realización, sin consentimiento expreso, de una analítica para comprobar la presencia de VIH, además, como agravante de la situación se produjo una divulgación del resultado positivo al director médico y director general de la empresa, revelando el padecimiento de la enfermedad violando el secreto que el paciente tenía sobre su situación personal.

En segundo lugar, se establece el principio basado en el consentimiento previo, es decir, cualquier actuación requiere el previo consentimiento, de forma escrita, de los pacientes siempre que este sea otorgado después de que el paciente tenga conocimiento de la información adecuada (art.2.2 LAP). En la Sentencia núm. 1000/2012 de 25 de mayo JUR 2012\236020 del T.S.J. Castilla y León (Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 3) frente a Recurso contencioso-administrativo núm. 3051/2008 se condena, entre otros motivos, a la Administración a indemnizar al actor alegando que nunca llegó a existir un consentimiento escrito firmado por el paciente.

En tercer lugar, este principio se refiere al derecho del paciente a decidir libremente sobre las opciones clínicas disponibles, así como el derecho a negarse a recibir un tratamiento médico determinado (art.2 LAP). El médico deberá respetar el derecho del paciente a decidir libremente sobre las opciones clínicas disponibles habiendo sido informado de las consecuencias negativas que puedan acarrear.

En cuarto lugar, se regula que todo profesional está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, al cumplimiento de los deberes de información y al respeto de

⁸“1.- La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico. 2.- El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna. 3.- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal. 4.- El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia”.

las decisiones tomadas por el paciente (art.2.6 LAP). La información del paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico que, en consecuencia, debe ser asumido por el médico responsable. Por lo tanto, es el médico el que tiene el deber y el derecho de redactarla al igual que es su deber facilitar la información contenida en su historia clínica a otros médicos con el objetivo de simplificar posibles exámenes siguientes. La violación de este principio supone que la persona no ha sido correctamente informada, lo que puede provocar importantes consecuencias, como por ejemplo en la Sentencia de 22 de febrero JUR 2023/233285 del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm 5. de las Palmas de Gran Canaria frente al Recurso contencioso-administrativo núm. 233/2021. Se trata de un caso de violación por parte del Servicio Canario de la Salud del derecho a la información del que era titular exclusivo la paciente, se produjo una falta de información en lo relativo al parto, es decir, las ventajas o desventajas, peligros o riesgos del parto natural frente a la cesárea. El fallo recoge la estimación del Recurso interpuesto por la paciente afectada y condenó al Servicio Canario de la Salud a una indemnización por los daños producidos.

Por último, los pacientes tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado del mismo modo en la obtención de estos mediante su colaboración. En esta dirección, toda persona que tenga derecho a estos datos deberá guardar la reserva debida (art.2.5 y 2.7 LAP).

Estos principios reflejan la necesidad imperiosa de respetar la integridad y los derechos de los pacientes en todo momento. La dignidad humana debe ser el eje central de cualquier actuación médica. Por ello, se subraya la importancia de establecer una relación de confianza y respeto mutuo entre pacientes y profesionales de la salud, basándose siempre en la transparencia y la autonomía en el ejercicio de la profesión.

En conclusión, el objetivo de la ley, como se refleja, es completar la regulación del derecho a la protección de salud encontrado en el artículo 43 de la Constitución, reforzar el derecho de autonomía del paciente y tratar con profundidad todo lo referente a la documentación clínica y derechos del usuario (art.1 LAP).

IV. MATERIAS BÁSICAS DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

1. DERECHO A LA INFORMACIÓN COMO DERECHO PREVIO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La información constituye uno de los pilares básicos en los que se sustenta la relación entre un profesional sanitario y el paciente. Desde el inicio se debe destacar que la información es un acto previo e independiente del consentimiento. Esta estrecha relación se evidencia cuando la legislación no se limita a mencionar el consentimiento informado, sino que lo define y describe como la demostración de que el consentimiento debe estar basado en una previa información adecuada.

El derecho a la información sanitaria, aunque pueda considerarse vinculado al consentimiento del paciente, trasciende del ámbito del este. Con el paso del tiempo se ha creído que se trata de un único acto, sin embargo, la realidad es que se trata de dos actuaciones diferentes que tiene lugar en momentos distintos. Todo ello se contempla en el art.2 de esta ley, en concreto en los apartados 2 y 3, en los que se establece que; el consentimiento es posterior a que el paciente haya recibido la información adecuada y que después de recibir esta información, es cuando el paciente tiene derecho a decidir libremente. Por ello, se pone en evidencia que la información se trata de una actuación previa y fundamental en todo el proceso asistencial.

Su regulación se puede encontrar en el Capítulo II de la ley 41/2002 y bajo en nombre de “El derecho de información sanitaria”, en este capítulo se distingue el derecho de información al paciente (artículos 4 y 5), del derecho a la información de todos los ciudadanos con independencia de si son o no pacientes, es decir, el derecho a la información epidemiológica recogido en el artículo 6.

1.1. La titularidad del derecho a la información.

La titularidad del derecho a la información es única y recae sobre el paciente. Además, la Ley 41/2002 recoge la posibilidad de que los destinatarios de la información sean personas vinculadas al paciente siempre que este lo permita (art.5.1 LAP). Sin embargo, hay ocasiones en las que el propio paciente no puede ejercer de manera directa

la titularidad, por ello se imponen, en cierta medida, una serie de límites al ejercicio de este derecho⁹.

Como es sabido, en cualquier ámbito jurídico, para poder ejercer un derecho es necesario que el sujeto, de una manera u otra, pueda ejercitar su capacidad jurídica de obrar; en consecuencia, cuando la persona no puede ejercitar su capacidad jurídica por sí sola, hay que acudir a una regulación específica. Esto ocurre en los siguientes supuestos.

La cuestión de informar en situaciones de discapacidad plantea un desafío ético para los profesionales de la salud. Por ello, es necesario destacar la importancia de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, esta ley introduce cambios en la LAP para asegurar que las personas con discapacidad reciban la información de manera accesible y, de esta manera, garantizando el apoyo que precisen en la toma de decisiones.

Por lo que, en base a esto, se establecen claramente las pautas sobre la comunicación con el paciente y su representante legal, se regula que ambos deben ser informados del modo más adecuado y comprensible (art.5.2 LAP). Esta situación refleja una titularidad compartida, puesto que debe ser informado tanto el paciente como su representante legal.

Más allá de las situaciones de discapacidad previstas por la ley, es necesario recalcar la importancia del criterio médico del profesional que le asiste. Es decir, el médico cuando considera que el paciente carece de aptitud para comprender la información ha de informar obligatoriamente a la familia o las personas vinculadas a él (art.5.3 LAP). Por ello, es el médico quien, teniendo en cuenta las circunstancias del paciente, emite un juicio valorativo del individuo estimando la capacidad del mismo. Dado que la evaluación de la capacidad del paciente se basa en los criterios médicos individuales de cada profesional, esta decisión es inherentemente subjetiva y, por lo tanto, compleja de determinar. Es esencial que los médicos ejerzan prudencia en este proceso, teniendo en cuenta todas las variables relevantes antes de llegar a una conclusión.

⁹ ZAPLANA J. G. *El consentimiento informado: su valoración en la jurisprudencia Ley Básica 41-2002 y las leyes autonómicas*, (formularios, legislación y jurisprudencia). Lex Nova. 2004.

A esta situación se le suma los pacientes menores de edad, en estos casos, la titularidad se traslada a sus representantes, cuando no tengan capacidad de tomar decisiones a criterio del médico (art.9.3 LAP). En el caso de la minoría de edad se pueden distinguir 3 actuaciones distintas¹⁰. En primer lugar, el menor de 12 años está sujeto al consentimiento por representación puesto que no se le considera con suficiente capacidad de obrar para decidir sobre las intervenciones médicas que se le puedan realizar. Cuando el paciente tiene entre 12 y 16 años tiene derecho a ser escuchado, es decir, el médico va a escuchar la opinión del paciente, pero, la última decisión la tiene el representante legal. Por último, a partir de los 16 años, o en los casos de emancipación, no se puede dar el consentimiento por representación. A partir de esta edad, se considera que el menor posee plena capacidad para consentir de manera autónoma¹¹.

El derecho a la información sanitaria también puede verse condicionado en situaciones excepcionales, como por ejemplo ante la protección de otro bien jurídico como es la salud. Esta situación aparece recogida en el apartado 4 del artículo 5 de la Ley 41/2002 y se basa en una necesidad terapéutica. Se define como la capacidad del médico para actuar sin informar previamente al paciente, cuando esta información pueda suponer un perjuicio grave en su salud.

En mi opinión, para poder alegar la necesidad terapéutica es necesario justificar de manera suficiente el estado de necesidad. Es cierto que, en algunas situaciones, como en casos de enfermedades terminales o diagnósticos graves, la verdad completa y directa puede resultar abrumadora o perjudicial para el paciente, afectando negativamente su bienestar emocional y psicológico. En tales casos, los médicos pueden optar por suavizar la verdad o proporcionar información gradualmente, con el objetivo de minimizar el impacto emocional y ayudar al paciente a procesar la situación. Así como también pueden optar por expresar la información a través de las familias, que, con un mejor conocimiento del enfermo, pueden suavizarla o, en ocasiones, no decirla.

Sin embargo, también es importante reconocer que en otras circunstancias la falta de información puede ser perjudicial. Los pacientes tienen derecho a estar informados sobre su salud para poder tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidado

¹⁰ OSUNA, E. "El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002". *Universidad de Murcia*. 2006.

¹¹ ZAPLANA J. G. *El consentimiento informado: su valoración en la jurisprudencia Ley Básica 41-2002 y las leyes autonómicas*, (formularios, legislación y jurisprudencia). Lex Nova. 2004.

médico. Ocultar información relevante podría socavar la autonomía del paciente y afectar negativamente su capacidad para participar activamente en su propio cuidado.

1.2. El sujeto obligado a facilitar la información.

La Ley 41/2002 también hace referencia al sujeto pasivo, el que tiene la responsabilidad de informar. En el artículo 4.3, se establece que, el médico es el responsable del paciente, así como cualquier profesional que le atienda durante el proceso asistencial. Si acudimos al artículo 3 podemos encontrar la definición de médico responsable, se caracteriza como aquel que tiene a su cargo la coordinación de la información y atención médica de un paciente o usuario, actuando como su principal punto de contacto para todas las cuestiones relacionadas con su atención y comunicación durante su tratamiento médico.

De esta manera, lo que se pretende es obligar a todos los profesionales que le atiendan a facilitarle la información; esto incluye desde el que le realiza una radiografía o un análisis de sangre hasta el médico titular que está llevando a cabo el diagnóstico. No obstante, no basta con que la información le llegue al paciente por cualquier vía, sino que resulta esencial que la información la haya facilitado el médico obligado ¹².

La manera de facilitar la información al paciente supone una cuestión de gran trascendencia para el proceso del consentimiento informado. La información es uno de los pilares sobre los que se sustenta la relación médico-paciente, por ello, la comunicación entre ambos sujetos es de vital importancia.

Esta actuación anteriormente se encontraba regulada de manera insuficiente por la Ley General de Sanidad¹³, sin embargo, con la aparición de la LAP se resolvieron las dudas y las imprecisiones que existían. El nuevo marco normativo establece que la información se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, con el objetivo de que le sirva de ayuda para la toma de sus decisiones (art.4.2 LAP).

¹² STS (Sala 1ª) de 26 de Septiembre de 2000 (Rec. 4448/97). El caso trata de una responsabilidad médica por incumplimiento de los deberes asistenciales, al paciente se le otorgo la información de manera insuficiente, en consecuencia, no pudo tomar una decisión teniendo en cuenta los riesgos y las ventajas de cada tratamiento. En caso de desinformación, es el médico quién asume los riesgos de la intervención.

¹³ Su propuesta se basaba en otorgar una información completa y continuada, verbal y escrita. El hecho de cumplir con estas exigencias resultaba muy complicado ya que generaba gran cantidad de conflictos.

Desde mi punto de vista, la información ha de ser útil y comprensible, por tanto, es necesario que se utilice un lenguaje claro y sencillo, sin excesivas complejidades y que se pueda adaptar a la capacidad de comprender del paciente. Con esto me refiero a que, no debemos olvidar que los pacientes son ciudadanos que, la gran mayoría, no tienen conocimientos médicos. No solo es importante el contenido de la información, sino que, también hay que destacar, la forma en la que se proporciona. Por este motivo, debe otorgarse de forma serena y en el lugar adecuado, respetando siempre la intimidad del sujeto.

1.3. Sujeto colectivo del derecho a la información.

Por último, en cuanto a los sujetos que toman partida en el derecho de la información, es necesario destacar el sujeto colectivo. Se trata del derecho a la información epidemiológica, este derecho entra en juego cuando surgen problemas sanitarios de carácter colectivo, su regulación se encuentra en el artículo 6 de la Ley 41/2002. El ejemplo más claro y actual es el Coronavirus (COVID-19). De esta manera, el titular del derecho ya no es el paciente, sino que, al tratarse de un problema colectivo, es la sociedad en su conjunto.

En conclusión al derecho a la información del paciente, es necesario reincidir en que, según lo establecido por la Ley 41/2002, se considera un derecho autónomo e independiente. Este derecho no sólo se estructura desde la perspectiva de la necesidad de estar informado como alternativa previa a otorgar un consentimiento para la actuación médica sino desde la necesidad de asumir un papel activo en el seguimiento del proceso asistencial. La información es fundamental para la toma de decisiones informadas en la atención médica. Cuando los pacientes son capaces de comprender su diagnóstico y sus opciones de tratamiento pueden participar de manera más activa en su propio proceso asistencial. Esto no solo supone una mayor autonomía del paciente, sino que también puede acarrear una mejora en los resultados de salud y una mayor satisfacción con la atención recibida.

2. DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado aparece definido como: “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta

a su salud” (art.3 LAP), asimismo, en el artículo 8 de la Ley se establece que cualquier actuación en el ámbito sanitario necesita el consentimiento otorgado por el paciente.

El consentimiento informado se consolida como un pilar fundamental en la práctica médica, ya que ningún profesional de la salud puede llevar a cabo una intervención sin él. Se trata de un derecho inherente a la integridad física de las personas que nunca puede verse limitado como consecuencia de una situación de enfermedad.

Se puede considerar como la manifestación más importante de los derechos fundamentales en una intervención médica puesto que otorga al paciente la libertad de decisión sobre si recibir o rechazar un tratamiento médico. Aun así, para que este derecho pueda desarrollarse con plena libertad, es necesario que el paciente cuente con la información médica adecuada para poder tomar una decisión. Por ello, se podría decir que, se constituyen 2 requisitos que deben concurrir de forma simultánea; una información adecuada, como presupuesto material y necesario y; la conformidad del paciente prestada de forma libre, voluntaria, consciente y en el pleno uso de sus facultades.

2.1. Momento de prestar el consentimiento.

El consentimiento del paciente debe prestarse antes del acto médico al que puede ser sometido, para ello el enfermo ha debido de recibir la información de forma clara y comprensible y con el tiempo necesario para poder reflexionar acerca de su decisión final (art.2.2 LAP). El hecho de facilitar la información sin el tiempo requerido para prestar el consentimiento equivale a una forma de privación de la información¹⁴, este acto podría dejar al paciente en una situación de vulnerabilidad, donde se le niega la oportunidad para comprender plenamente su situación. Por ello, la información debe proporcionarse con carácter previo a que la voluntad del paciente se haya afianzado sobre una opción concreta y con el tiempo necesario para que el paciente después de haber comprendido la información pueda valorar suficientemente su decisión.

Es necesario recalcar la eficacia del consentimiento durante todo el procedimiento, el consentimiento otorgado por el paciente debe ser válido para todas las etapas del proceso; no obstante, puede ser objeto de modificación a lo largo del proceso terapéutico en casos excepcionales como pueden ser las enfermedades crónicas. En

¹⁴ ZAPLANA, J, G. *Guía práctica de las reclamaciones sanitarias*. Lex Nova. Enero de 2013. (Aranzadi Insignis, s. f.)

consecuencia, no se puede hablar de un acto único sino de una actuación de carácter sucesiva o de ejecución continuada.

Al hilo de esto, en el artículo 8.5 de la Ley se establece que el carácter es revocable en cualquier momento del proceso siempre que se cumple con la condición de que sea de dispuesto de manera escrita. A diferencia de que el consentimiento como tal no precisa la forma escrita para ser otorgado, su revocación sí que requiere este requisito.

2.2. Forma/ exigencias formales.

Como regla general se establece que tanto la información¹⁵ como el consentimiento será prestado verbalmente¹⁶. El hecho de que se establezca de modo verbal obedece a una serie de objetivos que fomentan la relación médico paciente.

En primer lugar, la comunicación verbal favorece un intercambio directo de información entre ambos sujetos, lo que permite una mayor comprensión y que a la vez, brinda la oportunidad al paciente de poder resolver todas las dudas sobre el procedimiento quirúrgico. En segundo lugar, el hecho de no tener que estar tramitando continuamente formularios escritos para el consentimiento obedece al objetivo de no producir un colapso en los servicios sanitarios. Es decir, en el caso de que antes de cualquier intervención, por pequeña que sea (análisis de sangre, por ejemplo), se necesitara tramitar un expediente de consentimiento se generaría una situación de saturación en los hospitales. Por último, la comunicación verbal permite al paciente, de primera mano, poder expresar sus preferencias y preocupaciones de manera directa adoptando un papel activo en el procedimiento.

La regla general busca una mayor efectividad en el trabajo y una interacción más directa y personal entre el paciente y el profesional de la salud. No obstante, este principio general está sujeto a una serie de excepciones que requieren que el consentimiento sea otorgado de manera escrita¹⁷.

¹⁵ "La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica". Artículo 4.1. Derecho a la información asistencial. Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente.

¹⁶ "El consentimiento será verbal por regla general". Artículo 8.2. Consentimiento informado. Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente.

¹⁷ GALÁN CORTÉS, JULIO CESAR. El consentimiento informado. *La Ley 41/2002 la Autonomía del Paciente en Su XX Aniversario*. Aranzadi. 2022.

Estos supuestos se encuentran regulados en el apartado 2 del artículo 8 de la LAP: “se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Este artículo plantea un debate sobre qué acciones específicas deben clasificarse como procedimientos invasivos o intervenciones quirúrgicas. En otras palabras, se cuestiona qué tipos de acciones médicas deben ser consideradas como intervenciones que implican riesgos para el paciente o que puedan prever repercusiones negativas. Para poder resolver esta duda será necesario atender a las circunstancias de cada caso y, en consecuencia, determinar en qué supuestos concretos se dan este tipo de intervenciones.

Por ello, con el objetivo de regular esta ausencia de definiciones, el apartado 3º del artículo 8 recoge de manera estricta que, el consentimiento será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior.

2.3. Contenido/objeto de la información.

El objeto de la información se concreta a la específica intervención para la que ha sido otorgado, es decir, esta no se puede extender a otras actuaciones ajenas a la inicial. En concreto, el paciente ha de recibir la información sobre su proceso y tratamiento así como la finalidad y los riesgos que puedan surgir durante el procedimiento. De forma más detallada, en el artículo 10 de la Ley de Autonomía del Paciente se encuentra cuál es el contenido de la información básica que el médico facultativo debe facilitar al paciente.

Hasta cierto punto estos términos impuestos por la Ley pueden parecer claros y restrictivos respecto que tipo de contenido debe tener la información y todas las posibilidades que debe recoger. Sin embargo, el hecho de determinar si la información ofrecida es suficiente genera controversias ya que, en ocasiones, puede resultar imposible prever todas las posibles consecuencias. Por ello, cada vez es más común que, a pesar de haber recibido la información, los pacientes interpongan una reclamación alegando la información concedida resulta insuficiente. Un ejemplo de esto se puede encontrar en la Sentencia del T.S.J de Castilla y león, Valladolid (Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 003). Se trata de la Sentencia firme núm. 1000/2012 de 25 mayo en la que se estima el recurso interpuesto por el representante del paciente ante lesión del derecho de

autodeterminación del paciente al impedirle, por falta de la información necesaria, elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentaban.

El problema principal gira entorno a los riesgos que puedan surgir en el procedimiento, se plantea el debate sobre si únicamente informar de los riesgos típicos o también del resto de riesgos posibles. En el artículo 10 se hace referencia a riesgos típicos ya que los clasifica como aquellos que son probables y relacionados directamente con la intervención. Esto implica la necesidad de especialización en cada caso concreto con el objetivo de determinar ante qué tipo de riesgos se están enfrentando y, en consecuencia, considerar si deben ser comunicados al paciente o no.

Teniendo en cuenta los criterios doctrinales y jurisprudenciales, los riesgos, con carácter general, pueden ser clasificados de la siguiente manera¹⁸; riesgos típicos, son riesgos que suelen producirse o que se puede esperar que se produzcan en condiciones normales (art.10.1.c LAP); riesgos atípicos, se trata de riesgos de carácter excepcional e imprevisible clasificados como riesgos muy graves; y, por último, riesgos personalizados, aquellos que atienden a las circunstancias personales del paciente (art.10.1.b LAP), por ejemplo, no es lo mismo que se someta a una operación de rodilla un futbolista que un abogado. Además de los riesgos, el paciente también debe ser informado de las consecuencias relevantes (art.10.1.a LAP) así como de procedimientos alternativos.

No obstante, cada caso está sujeto a una serie factores tanto objetivos como subjetivos que pueden afectar al deber de información y, en consecuencia, modificarlo. En este caso es el médico responsable el que tiene el deber de ponderar este tipo de situaciones (art.10.2 LAP).

3. DERECHO A LA INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD.

La intimidad aparece definida en la RAE como: “Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”¹⁹, según esto se puede decir que el derecho a la intimidad consiste en que las personas puedan proteger una determinada esfera de su vida frente a la intrusión de terceras personas, bien a través

¹⁸ ZAPLANA, J, G. *Guía práctica de las reclamaciones sanitarias*. Lex Nova. Enero de 2013. (*Aranzadi Insignis, s. f.*)

¹⁹ RAE. Real Academia Española. (s.f., definición 2).

de intromisiones físicas o de conocimiento de una información privada²⁰. Cabe destacar la importancia de este derecho ya que no se trata de un derecho que termina con el fallecimiento de una persona. Es decir, aun cuando la persona fallece sigue preservando del derecho a la intimidad de manera que la divulgación de información privada sobre alguien fallecido sin autorización puede constituir una violación de la ley²¹

Las personas en nuestra vida privada elegimos lo que queremos contar y a quién queremos contárselo. Sin embargo, en la relación médico-paciente el enfermo está obligado a confiar en el profesional relatándole cuáles son sus problemas. Por ello, la responsabilidad del médico es enorme ya que la violación de esta confianza socava la base de esta misma relación.

Para poder entender el derecho a la intimidad en la esfera sanitaria es necesario ponerlo en contexto legal.

3.1. Marco legal.

La Constitución española en su artículo 18 apartado 1 clasifica a la intimidad como un derecho fundamental del individuo. El objetivo de esta caracterización reside en configurar un ámbito de protección diferente a los derechos de propiedad o prestigio, rescatando una esfera privada necesaria para el desarrollo de la persona. Este derecho no se sostiene en precedentes constitucionales españoles²².

En esta misma línea, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) recoge el derecho a la intimidad y protección de la vida privada, de esta manera se reconoce la importancia de la autonomía y la dignidad humana al garantizar que cada individuo tenga un espacio de privacidad.

En consecuencia, este derecho está fuertemente protegido en nuestro ordenamiento jurídico, de manera que la violación de este acarrea importantes sanciones y consecuencias.

²⁰ FERNANDEZ RUIZ GALVEZ, ENCARNACIÓN. *Intimidad y confidencialidad en la relación médica*. Persona y Derecho/Volumen 69. 2013

²¹ Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

²² RUIZ MIGUEL, C. *La configuración constitucional del derecho a la intimidad*, Universidad Complutense de Madrid, 1992, pp. 78-84. Sobre el tratamiento de estos derechos en las Constituciones históricas españolas,

3.2. En el ámbito sanitario

En el ámbito de la relación clínica resulta fundamental hacer hincapié en el artículo 7 de la Ley 41/2002 en el que se establece que todas las personas tienen derecho a preservar su intimidad y a que esta no sea accesible para cualquier persona. También es necesario resaltar el artículo 5 apartado 1 en el que se recoge que el titular de esta información es el paciente y que también podrán ser informadas las personas vinculadas a él.

El derecho a la intimidad en el ámbito sanitario plantea un importante dilema, mientras el paciente cede parte de su intimidad con el objetivo de encontrar protección para su salud, también requiere una rigurosa protección debido a la sensibilidad de la información compartida. El hecho de exponer o difundir esta información no solo infringe el derecho a la intimidad del paciente, sino que también puede generar consecuencias perjudiciales para el enfermo.

El simple hecho de acudir al hospital ya supone un compromiso de este derecho que se puede ver reflejado desde tres puntos de vista distintos²³. En primer lugar, resulta esencial poner en conocimiento al médico de la información relevante para la salud, como, por ejemplo, información familiar, antecedentes, relaciones sexuales... se podría decir que esta expresión de la intimidad se trata de información personal. En segundo lugar, desde una perspectiva sanitaria, es la información médica que se obtiene a raíz de los estudios médicos realizados. Por último, el mero hecho de estar en una sala de urgencias ya supone una exposición en la intimidad de la persona.

Por ello, es posible afirmar que la intimidad en el ámbito sanitario puede tener distintas manifestaciones, desde intrusiones físicas, de conocimiento o de la divulgación ilegítima de estos datos²⁴. De esta manera, se limita tanto la intimidad física como personal.

Uno de los objetivos principales de la exposición de la intimidad radica en la esperanza de mejora en su salud. El paciente al compartir sus dolencias espera que esta apertura suponga una mejoría en su estado de bienestar físico y emocional.

²³ ALMONACID FLORES, CARLOS ALBERTO. La reserva y confidencialidad en la relación médica como manifestación del derecho constitucional a la intimidad: *Derecho & Sociedad*, Nº. 51, 2018, págs. 119-130.

²⁴ FERNANDEZ RUIZ GALVEZ, ENCARNACIÓN. Intimidad y confidencialidad en la relación médica. *Persona y Derecho/Volumen 69*. 2013

Sin embargo, no siempre este derecho es respetado, en ocasiones se da lugar a intrusiones ilegítimas por parte de terceras personas que suponen la violación de la intimidad del paciente. Un ejemplo que ilustra esta vulneración es la Sentencia núm. 164/2022 de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 4ª) de la jurisdicción civil del 7 de abril de 2022 en respuesta al Recurso de Apelación núm. 1210/2021. Este caso de reciente actualidad involucra una violación de la intimidad a raíz de la divulgación de información sobre la condición de salud de un trabajador, quien padecía COVID, mientras mantenían una reunión telemática con un grupo externo. La sentencia alega una intromisión ilegítima en el derecho a la intimidad del actor por parte del demandado y le condena a indemnizar con un valor de 3 mil euros el daño moral causado.

En conclusión, el derecho a la intimidad tiene sus particularidades en el ámbito sanitario, supone la exposición de la persona tanto física como personal que está amparada por la ley con el objetivo de que esta no sea vulnerada y sujeto a la condición de mejora de la salud.

3.3. Conflicto de intereses, límites.

El derecho a la intimidad, al igual que cualquier otro derecho, puede enfrentarse a ciertas limitaciones en determinadas circunstancias. En algunas situaciones, incluso puede ser necesario vulnerar este derecho con el fin de prevenir daños mayores. Sin embargo, el hecho de plantearse este debate debe tener unas bases sólidas puesto que se trata de un derecho fundamental (art.18.1 CE). Por lo tanto, la ruptura del deber de confidencialidad y, en consecuencia, la violación del derecho a la intimidad debe tener una justificación y ser el último recurso para solventar el dilema.

Durante el ejercicio de la profesión el médico se puede encontrar en situaciones de incertidumbre en las que tiene que valorar cuál es la mejor opción. En los casos en los que el riesgo de la salud, tanto personal como de terceras personas, es mayor que el daño que le puedes producir al paciente, lo más lógico y adecuado sería romper con la confidencialidad y la intimidad del paciente.

Por ejemplo, en la pandemia cuando se le detectaba COVID a un paciente que estaba siendo tratado sin las medidas requeridas, el médico debía asegurarse de que sus compañeros habían sido informados del riesgo al que se han expuesto. No obstante, al hilo del caso mencionado en el apartado anterior, en esa situación no estaría justificada la revelación del resultado puesto que se trata de un trabajador que está tomando las

precauciones necesarias y que no está en contacto con el resto de los asistentes a la reunión y, por ende, no están expuestos a ningún riesgo. Por ello, cuando el riesgo es bajo, es incorrecto que el profesional vulnere este derecho, a la vista de la sentencia mencionada. El mayor dilema reside cuando se dan situaciones de carácter intermedio, es decir, cuando el riesgo de terceros y el daño a la persona son equivalentes, por lo que el profesional deberá valorar cuidadosamente las circunstancias del caso.

No obstante, existen una serie de enfermedades que son de declaración obligada, en este sentido se creó un fichero de datos de carácter personal con el objetivo de salvaguardar la intimidad de las personas²⁵.

A pesar de todo esto, hoy en día vivimos en una sociedad en la que la mayoría de los datos personales de los personajes públicos son de acceso para las personas, lo que supone una continua violación del derecho a la intimidad de la persona; desde el ámbito sanitario, con revelaciones de embarazo o enfermedades; hasta el ámbito personal, haciendo eco de rupturas de parejas, por ejemplo.

4. INSTRUCCIONES PREVIAS (TESTAMENTO VITAL).

4.1. Concepto, naturaleza jurídica y límites.

La Ley 41/2002 ha optado por el término “instrucciones previas” (art.11 LAP) entre la pluralidad de expresiones que se utilizan para hacer referencia a este concepto, por ejemplo, testamento vital o voluntades anticipadas. Esta noción se puede definir como la declaración del paciente en la que manifiesta sus deseos e instrucciones sobre la asistencia sanitaria que desea recibir cuando éste no sea capaz de tomar una decisión. Por ello, es necesario que el momento en el que realiza las instrucciones previas el paciente sea una persona capaz, mayor de edad y libre que pueda manifestar su voluntad de manera anticipada. Además, también se ofrece la posibilidad de nombrar un representante legal para asegurarse de que se cumplen correctamente las instrucciones previas (art.11.1 LAP).

En otras palabras, se trata de la voluntad anticipada del paciente que se configura como un consentimiento informado para aplicarse con efectos futuros. Se considera como

²⁵ Orden de 18 de diciembre de 2000 por la que se crea un fichero con datos de carácter personal, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, relativo al Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones (SINIVIH). «BOE» núm. 11, de 12 de enero de 2001, páginas 1549 a 1550 (2 págs.)

un instrumento de comunicación entre el paciente y el personal sanitario que, en casos de enfermedades graves o incluso terminales, resulta esencial.

En cuanto a su naturaleza jurídica²⁶, hay que destacar el carácter personalísimo, a pesar de que se pueda dar la representación, no cabe delegar dicha facultad a un tercero. Atendiendo al artículo 11.2 de la citada ley, se establece que deberán constar siempre por escrito, por lo que se puede afirmar el carácter formal, así como su libre revocabilidad durante todo el proceso (art.11.4 LAP).

En este mismo artículo se pueden encontrar los límites aplicables a las instrucciones previas (art.11.3 LAP) en él se establece que no se podrán aplicar cuando sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*²⁷ ni a situaciones que el paciente no haya considerado en el momento de manifestarlas, es decir, debe existir una correlación entre el supuesto que manifiesta y cuando deben ser aplicadas. Más aún, hay que atender a cada caso y circunstancias concretas, si bien se hubieran realizado las instrucciones previas ante la existencia de una enfermedad terminal y de manera posterior sufre una caída, esta no es objeto de aplicación.

4.2. El testamento vital y la Ley de Eutanasia

El 24 de marzo de 2021 se produjo la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021 reguladora de la eutanasia. En primer lugar, es necesario hacer hincapié en que se trata de dos figuras distintas ya que el testamento vital se venía aplicando con anterioridad a través del consentimiento informado; sin embargo, el objetivo de ambas reside en proteger la autonomía del paciente para que tenga libertad absoluta para la toma de las decisiones en el proceso sanitario.

La eutanasia aparece definida, en el preámbulo, como un derecho fundamental de las personas como es la vida. Este derecho ha sido objeto de demanda por parte de la sociedad que se manifiesta a favor de que un enfermo incurable tenga derecho a asistencia para poner fin a su vida sin dolor si así lo pide²⁸. No obstante, también ha sido objeto de numerosos debates en la sociedad ya que al igual que hay una corriente a favor del

²⁶ DÍEZ RODRIGUEZ, JOSÉ RAMÓN. *El testamento vital: una visión crítica 20 años después. La Ley 41/2002 la Autonomía del Paciente en Su XX Aniversario*. Aranzadi. 2022.

²⁷ La *lex artis* es un concepto fundamental en el ámbito de la medicina y la salud, hace referencia al modo en que se actúa en una situación concreta.

²⁸ BARRA GALÁN, CARLOS. Avanzado en derechos. Por fin la Ley de eutanasia. *Teoría y derecho*, 29, 2021.

reconocimiento de este derecho, una parte de la sociedad se sitúa en contra manifestando que lo que se debe hacer es cuidar al que lo necesita no asesinarlo²⁹.

En palabras más simples, la eutanasia se configura como el derecho de las personas a morir. Antes de la entrada en vigor de esta reciente Ley, a través de la autonomía de la voluntad se preveía al paciente la posibilidad de establecer su negativa frente a tratamientos médicos. Sin embargo, con la entrada en vigor se da un paso hacia delante y se incluye la ayuda a morir, de manera que, si el paciente así lo quiere y, obviamente, se dan los requisitos necesarios el profesional sanitario deberá prestar la asistencia necesaria para ejercer la voluntad del paciente.

En cuanto a sus requisitos se pueden diferenciar en: requisitos formales, objetivos, y subjetivos³⁰.

En primer lugar, en cuanto al ámbito formal, es necesario que se encuentre por escrito toda la información relativa al proceso médico, así como las alternativas y el resto de las posibilidades que pueden tomarse (art.5.1.b LORE).

Además, con el objetivo de asegurar la voluntad del paciente, es necesario que se hayan formulado dos solicitudes de manera voluntaria y, como he dicho arriba, por escrito. También se requiere que entre ambas solicitudes haya transcurrido un periodo de 15 días naturales, no obstante este plazo de tiempo está sujeto a las consideraciones del médico que, en caso de que la pérdida de capacidad sea muy próxima, puede recortar este plazo de 15 días (art.5.1.c LORE). Esta solicitud de prestación de ayuda para morir presenta una serie de requisitos regulados en el artículo 6 de la Ley Orgánica 3/2021 reguladora de la Eutanasia, como es que esta petición debe ir acompañada de la firma y de la fecha en la que se ha solicitado, con esto se pretende evidenciar la voluntad del paciente. En caso de que esto no fuera posible, el paciente podrá hacer uso de otros medios para dejar constancia como por ejemplo a través de una persona mayor de edad y plenamente capaz que podrá firmarlo y fecharlo en su presencia. Por último, este escrito de solicitud deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario para ratificarlo.

²⁹ LOZANO, M. Cientos de personas claman contra la ley de eutanasia: «Hay que cuidar al que lo necesita, no matarlo». *Diario ABC*. https://www.abc.es/sociedad/abci-cientos-personas-claman-contra-ley-eutanasia-cuidar-necesita-no-matarle-202012171433_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2Fsociedad%2Fabci-cientos-personas-claman-contra-ley-eutanasia-cuidar-necesita-no-matarle-202012171433_noticia.html.(2020,17 diciembre)

³⁰ BAYOD LOPEZ, CARMEN. *Eutanasia: requisitos y capacidad*. Capítulo 10 del proyecto «Derecho foral de Aragón: nuevas perspectivas» del Grupo IDDA. 2021

En esta misma dirección, como requisito formal se establece la exigencia de que el paciente haya prestado el consentimiento informado previo a recibir la prestación de ayuda (art.5.1.e LORE).

En cuanto a la parte objetiva, es necesario que se trate de una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante (art.5.1.d LORE). Para poder comprender estos conceptos es necesario acudir al artículo 3 de esta Ley en el que se entiende por enfermedad incurable a aquella que provoca sufrimientos tanto psíquicos como físicos de carácter constante e insoportable cuya posibilidad de alivio o mejora es inexistente, y en cuanto al padecimiento grave hace referencia a situaciones en las que el paciente presenta una gran cantidad de limitaciones que le impiden valerse por sí mismo.

Se podría decir que los requisitos subjetivos son los que más controversia generan y más complejos son de aplicar. El paciente que solicita esta ayuda médica es necesario que sea español o residente legal en España o posea un certificado de empadronamiento superior a 12 meses, además debe ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de solicitarlo (art.5.1.a LORE) El conflicto reside en la mayoría de edad y la capacidad, la LORE establece que es necesaria la mayoría de edad, pero no especifica que el paciente deba tener 18 años. Por lo que, si acudimos a las legislaciones de las Comunidades Autónomas, cada una de ellas interpreta la mayoría de edad según lo establecido en sus derechos forales o autonómicos, es decir, en Aragón la persona aragonesa que ha contraído matrimonio se entiende como mayor de edad aun cuando no los tiene (Art.4. Código de Derecho Foral de Aragón), surge de esta manera el debate de que si, en estos casos, el paciente podría optar a la ayuda para morir.

En mi opinión, el hecho de poseer los 18 años no me parece relevante hasta tal punto de no tener acceso a este “instrumento” sanitario, es decir, la persona mayor de edad se entiende como aquella que es capaz de llevar a cabo todos los actos jurídicos y que presenta suficiente madurez como para hacer frente a estas decisiones. Por ello, considero que el aragonés casado menor de 18 años, capaz, maduro y consciente podría solicitar la prestación de ayuda para morir.

Además, el derecho a la eutanasia se puede recoger dentro de los derechos de la personalidad, por lo que, teniendo en cuenta el artículo 24 del Código de Derecho Foral de Aragón, la decisión depende de su exclusiva voluntad siempre y cuando el menor tenga suficiente juicio y no suponga un grave riesgo para su vida; al tratarse de una decisión de

este calibre, será necesaria la asistencia de cualquiera de sus padres o titulares en el ejercicio de la autoridad familiar. No obstante, toda esta cuestión queda recogida y aclarada en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

Otro aspecto que genera controversia se da cuando la persona no puede prestar su conformidad libre y voluntaria respecto a las solicitudes, aquí es cuando entra en juego las instrucciones previas, si el paciente ha reflejado su voluntad de manera consciente en el documento de voluntades anticipadas se podrá facilitar la prestación de ayuda en función de lo que se haya establecido en dicho documento (art.5.2 LORE).

Por último, cabe destacar que, en la LORE el término de instrucciones previas se encuentra en una pluralidad de denominaciones: testamento vital, instrucciones previas o voluntades anticipadas entre otros. Esta variación obedece a la pluralidad legislativa vigente en las Comunidades Autónomas consecuencia del reparto legislativo.

V. DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN ARAGÓN

En Aragón, la ley encargada de regular todos los conceptos expuestos anteriormente es la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, fue publicada por el BOA núm. 46 del 19 de Abril de 2002 y por el BOE núm. 121 del 21 de mayo de 2002, su entrada en vigor fue al día siguiente de la publicación en el BOA.

El objetivo principal de la ley es similar, por no decir idéntico, a la normativa estatal de la autonomía del paciente que pretende establecer los derechos y deberes de los pacientes en relación a su atención médica; además, otra de sus finalidades reside en promover la participación activa de los pacientes en todo proceso sanitario así como proteger sus datos a través de la confidencialidad y el acceso a la información asegurando la autonomía del paciente para poder decidir sobre los tratamientos médicos a los que puede ser sometido.

No obstante, hay cosas en las que no coinciden ambas normativas. La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón no establece ningún principio básico sino que se encarga de enumerar una serie de derechos y deberes que van a conformar los principios sobre los que se debe actuar. Estos derechos se encuentran regulados en el artículo 4 de esta misma ley y que de manera general se podría decir que giran en torno al respeto de la dignidad humana, al derecho a una asistencia sanitaria acorde a las necesidades de

cada paciente así como de los medicamentos o productos sanitarios que precisen. Al igual que en la LAP, el paciente tiene derecho a elegir libremente entre las opciones que se le presenten así como negarse al tratamiento, pero para que esto ocurra y el paciente pueda tomar una decisión libre ha debido de ser informado correctamente y de manera adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial. De manera más específica se recogen algunos aspectos que en la LAP no se regulan como por ejemplo la posibilidad de que los derechos recogidos en este artículo serán garantizados también en la asistencia sanitaria privada. Además, para las personas que padecen una enfermedad mental se establecen unas disposiciones adicionales en lo relativo a los internamientos.

En resumen, se podría decir que tanto la Ley 41/2002 como la Ley 6/2002 comparten varios principios fundamentales en lo referente a los derechos y la autonomía del paciente; aun así, cabe destacar que la Ley aragonesa recoge de manera específica las necesidades en concreto de la Comunidad Autónoma.

En cuanto al derecho a la información, uno de los pilares básicos de esta materia, al igual que en la normativa estatal (art.4 LAP) se establece que el paciente podrá conocer toda la información relativa a su estado de salud, esta información se proporcionará de la manera más comprensible y, por regla general, de forma verbal (Art. 8. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón).

De la misma manera, a raíz de la información se encuentra el consentimiento informado, la ley autonómica se encarga de recoger los aspectos generales y ratificar la LAP estableciendo que el consentimiento se otorgará por escrito únicamente en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasivos o los que puedan suponer un riesgo para el paciente. No obstante, a diferencia de la normativa estatal que recoge la posibilidad del consentimiento por representación, la Ley de Salud de Aragón reconoce esta posibilidad bajo el concepto de otorgamiento del consentimiento por sustitución.

Aparentemente, ambas leyes parecen compartir una visión común sobre la autonomía del paciente, ya que ambas recogen el derecho y las garantías necesarias para proteger al paciente asegurándose que pueda recibir y, en consecuencia, tomar una decisión sobre su salud. Sin embargo, esta materia presenta divergencias entre la ley básica estatal y la legislación autonómica, esta controversia principal reside en las instrucciones previas.

En primer lugar, simplemente el nombre de este concepto varía según la regulación autónoma a la que acudamos, en Aragón se recoge bajo el nombre de voluntades anticipadas mientras que a nivel estatal se regula como instrucciones previas.

En esta misma línea es necesario nombrar la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, esta ley aprobada por las Cortes de Aragón presenta una estrecha relación con las instrucciones previas ya que se trata de instrumentos legales en los que se establece la voluntad del paciente. El objetivo de esta ley es la ejecución de las instrucciones previas permitiendo al enfermo expresar anticipadamente sus deseos en el proceso sanitario.

Si acudimos a la Ley estatal el sujeto capaz de otorgar las instrucciones previas es la persona mayor de edad, capaz y libre; sin embargo, en Aragón se clasifica esta decisión como una cuestión relativa a los derechos de la personalidad (art. 24 del Código de Derecho Foral de Aragón), por ello se permite su otorgamiento a menores emancipados o al menor aragonés mayor de 14 años con la debida asistencia (art.15. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón). En caso de que el personal sanitario cuestionara su capacidad, se pondrán los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal para que actúe en consecuencia. No todas las personas son capaces de otorgar el conocimiento y cumplir con estos requisitos por lo que, ante esta situación, se procederá al nombramiento de un representante encargado de sustituirle, esta figura del representante también genera una normativa discordante con respecto a la legislación básica estatal, ya que en Aragón se habla de sustituir, no simplemente de un interlocutor que se asegura del cumplimiento de las instrucciones previas como regula normativa estatal (art.11.1 LAP). Además, la Ley Aragonesa 10/2011, nombrada anteriormente, recoge la posibilidad de que el representante tome decisiones a cerca de situaciones clínicas no recogidas de manera explícita y atendiendo a la voluntad y los principios del paciente establecidos en la declaración³¹.

La declaración de las voluntades anticipadas se considerará válidamente eficaz siempre que sea por escrito y conste la fecha y el lugar de otorgamiento, además se podrá formalizar ante notario, dos testigos mayores de edad y sin relación de parentesco y ante

³¹ Art.9 Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, páginas 49076 a 49093 (18 págs.)

el personal habilitado (art. 15 Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón), este último aspecto no se regula en la normativa estatal, sino que es una aportación autonómica.

En conclusión, La ley 6/2002 de Salud de Aragón sigue las líneas principales de la normativa estatal en lo referente de los derechos y deberes de los pacientes; a pesar de compartir principios básicos, como el respeto a la dignidad humana o el derecho a una atención médica adecuada a las situaciones, la legislación autonómica detalla algunos aspectos como por ejemplo el reconocimiento de todos estos derechos en el ámbito privado de la sanidad. En cuanto al derecho a la información y al consentimiento, ambas leyes están de acuerdo en la importancia de proporcionar una información adecuada y obtener el consentimiento necesario y, en algunas ocasiones, escrito. La principal controversia reside en las instrucciones previas, o voluntades anticipadas, como se reconocen en Aragón, mientras que la ley estatal establece que es necesaria la mayoría de edad, en Aragón se amplía esta capacidad al mayor de 14 años con la debida asistencia.

En resumen, ambas leyes tienen una base común que reside en la protección de la autonomía del paciente, pero la normativa autonómica presenta una serie de disposiciones comentadas adicionales adaptadas a las necesidades de la Comunidad Autónoma.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA.- La ley 41/2002 conocida como la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es una normativa imprescindible en el ámbito sanitario en España. Esta Ley recoge la autonomía del paciente clasificándola como un principio fundamental en el ámbito de la relación médico-paciente.

SEGUNDA.- El paciente tiene derecho a recibir información sobre su salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, este aspecto resulta un pilar fundamental en la toma de decisiones informadas por parte de los pacientes, un error o violación del derecho a la información asistencial puede provocar graves consecuencias para el paciente; por ello, la información debe ser proporcionada de manera adecuada y comprensible adaptándose a las circunstancias de cada caso.

TERCERA.- Es de vital importancia que la información sea detallada y correcta puesto que, en base a esta, el paciente va a otorgar su consentimiento para someterse a

intervenciones, tratamientos o pruebas de carácter sanitario. Esto significa que, ninguna intervención puede llevarse a cabo sin consentimiento libre y voluntario del paciente. El objetivo principal del consentimiento informado reside en reforzar la autonomía del paciente y protegerle contra posibles abusos, por lo que se puede clasificar como la herramienta clave para el ejercicio de la autonomía del paciente.

Esta información clínica debe ser confidencial y solo puede ser accesible para el personal autorizado, la confidencialidad es otro de los pilares básicos de la autonomía del paciente. Se trata de asegurar que la privacidad e intimidad del paciente sea siempre respetada; de esta manera se promueve una relación de confianza entre el paciente y el profesional sanitario. No obstante, a pesar de esto, en la actualidad sigue siendo muy frecuente las filtraciones de información digitales, se pueden considerar como un problema no resuelto todavía.

CUARTA.- Además, la Ley recoge la posibilidad del paciente de expresar sus deseos respecto a los tratamientos médicos y cuidados en situaciones futuras en las que no sea capaz de tomar las decisiones por sí mismo. Esta herramienta se recoge bajo el nombre de instrucciones previas o testamento vital. Se trata de un aspecto muy positivo ya que respeta la voluntad del paciente en las situaciones críticas. Junto a esta figura es necesario destacar la Ley de la Eutanasia que supone una extensión de la autonomía del paciente hasta el punto de poder solicitar asistencia médica para morir en los casos previstos por la Ley.

QUINTA.- El desarrollo de la autonomía del paciente no solo se limita a la Ley 41/2002, sino que también se apoya en la normativa autonómica, en concreto, en Aragón se refuerza los principios establecidos por la Ley ofreciendo un marco adicional adaptado a las necesidades y circunstancias de los ciudadanos aragoneses.

SEXTA.- En conclusión, la evolución de la normativa sanitaria en España revela la voluntad de llevar a cabo una práctica sanitaria más centrada en el paciente, supone un cambio justificado en la necesidad de respetar la dignidad humana y la libertad individual. De esta manera se pone de relieve el valor de la información y el consentimiento en la práctica médica, se concede al paciente el derecho para tomar decisiones informadas sobre su salud fomentando una relación basada en la confianza y transparencia.

El objetivo de la ley no solo reside en proteger los derechos del paciente, sino que, también se encarga de impulsar una ética sanitaria centrada en el individuo, respetando

su voluntad y privacidad. Se trata de un marco normativo fundamental para poder garantizar el respeto en la atención sanitaria adaptándose a las circunstancias de cada caso. La autonomía del paciente, respaldada por leyes como la Ley 41/2002 y la Ley de Eutanasia, ratifica el compromiso de la sociedad española con los valores de libertad y dignidad para una atención médica adecuada.

VII. BIBLIOGRAFÍA

ALMONACID FLORES, CARLOS ALBERTO. La reserva y confidencialidad en la relación médica como manifestación del derecho constitucional a la intimidad: *Derecho & Sociedad*, Nº. 51, 2018, págs. 119-130.

BARRA GALÁN, CARLOS. Avanzado en derechos. Por fin la Ley de eutanasia. *Teoría y derecho*, 29, 2021.

BAYOD LOPEZ, CARMEN. *Eutanasia: requisitos y capacidad*. Capítulo 10 del proyecto «Derecho foral de Aragón: nuevas perspectivas» del Grupo IDDA. 2021.

BAYOD LOPEZ, CARMEN. *Derechos de la personalidad de los menores en Aragón. Referencia al aborto de las menores de edad aragonesas. Algunas cuestiones de competencia en materia de capacidad para consentir actos médicos*, en Decimoctavos Encuentros de Foro de Derecho aragonés, ed. El Justicia de Aragón, Zaragoza, 2009, págs. 121-169

BONELLI, E. L. *Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en su XX aniversario: Reflexiones y comentarios*. Aranzadi. 2022.

DÍEZ RODRIGUEZ, JOSÉ RAMÓN. *El testamento vital: una visión crítica 20 años después. La Ley 41/2002 la Autonomía del Paciente en Su XX Aniversario*. Aranzadi. 2022.

FERNANDEZ RUIZ GALVEZ, ENCARNACIÓN. Intimidad y confidencialidad en la relación médica. *Persona y Derecho/Vol. 69*. 2013

GALÁN CORTÉS, JULIO CESAR. El consentimiento informado. *La Ley 41/2002 la Autonomía del Paciente en Su XX Aniversario*. Aranzadi. 2022.

IRABURU M. *Confidencialidad e intimidad*. Anales Sis San Navarra [online]. 2006, vol.29, suppl.3, pp.49-59.

RUIZ MIGUEL, C. *La configuración constitucional del derecho a la intimidad*, Universidad Complutense de Madrid, 1992, pags. 78-84. Sobre el tratamiento de estos derechos en las Constituciones históricas españolas.

OSUNA, E. “El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002”. *Universidad de Murcia*. 2006.

ZAPLANA J. G.. *El consentimiento informado: su valoración en la jurisprudencia Ley Básica 41-2002 y las leyes autonómicas*, (formularios, legislación y jurisprudencia). Lex Nova. 2004.

ZAPLANA, J, G.. (2013). *Guía práctica de las reclamaciones sanitarias*. Lex Nova. Enero de 2013. (*Aranzadi Insignis, s. f.*)

Sentencia Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 3ª) Caso Gillberg contra Suecia. Sentencia de 2 noviembre 2010. TEDH 2010\108.

STS (Sala 1ª) de 26 de Septiembre de 2000 (Rec. 4448/97).

Sentencia núm. 8138/2012 de 3 diciembre del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Social, Sección 1ª), frente al Recurso de Suplicación núm. 5118/2011

Sentencia núm. 1000/2012 de 25 de mayo JUR 2012\236020 del T.S.J. Castilla y León (Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 3) frente a Recurso contencioso-administrativo núm. 3051/2008.

Sentencia de 22 de febrero JUR 2023/233285 del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm 5. de las Palmas de Gran Canaria frente al Recurso contencioso-administrativo núm. 233/2021.

Sentencia núm. 164/2022 de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 4ª) de la jurisdicción civil del 7 de abril de 2022 en respuesta al Recurso de Apelación núm. 1210/2021.

LOZANO, M. (2020, 17 diciembre). Cientos de personas claman contra la ley de eutanasia: «Hay que cuidar al que lo necesita, no matarlo». *Diario ABC*. https://www.abc.es/sociedad/abci-cientos-personas-claman-contra-ley-eutanasia-cuidar-necesita-no-matarle-202012171433_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2Fsociedad%2Fabci-

cientos-personas-claman-contra-ley-eutanasia-cuidar-necesita-no-matarle-
202012171433_noticia.html5

UNESCO. Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos.
UNESCO 16/10/2003.

WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM –
Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.