

**Publicado en la revista Bioética y Ciencias de la Salud Vol3 N^o4 en la sección:
INVESTIGACION**

DESARROLLO EVOLUTIVO LEGISLATIVO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

M^a del Carmen Vidal Casero. Profesora titular de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Valencia.

RESUMEN

Los derechos del enfermo son el fruto de una evolución lenta debida a la colaboración de diversos factores, unos de índole más general y otros más puntuales. Varios factores contribuyen a desarrollar la sensibilidad social hacia los derechos del enfermo, entre los que hay que destacar la educación progresiva en materia de salud, el aumento de costes sanitarios en medicina, la multiplicación de casos de malpraxis, y la programación de investigación y experimentación científicas. La conciencia ética frente al enfermo se ha ido realizando mediante "declaraciones" de diferentes grupos relacionados con la labor sanitaria, que se han ido recogiendo en disposiciones que progresivamente se han ido dando en España, y es el desarrollo evolutivo de estos derechos y su plasmación en el ordenamiento jurídico español el objetivo básico de este artículo.

PALABRAS CLAVES: Derechos enfermos; ética enfermos; Desarrollo legislativo derechos enfermos.

1.-INTRODUCCIÓN.

Desde hace unas décadas se han ido configurando en los diferentes países unas cartas de derechos y deberes de los pacientes, que si bien no tienen un valor jurídico ante terceros, sí suponen unas declaraciones de principios con validez moral. El primer texto de este tipo fue la Declaración de los Derechos del Paciente, presentada en Estados Unidos en 1972 por la Asociación Americana de Hospitales; y las declaraciones de derechos del Beth Israel Hospital de Boston y del Martín Luther King Health Center de Nueva York. Ya en 1947, el Código de Nuremberg establecía una serie de principios éticos, de respeto individual de las personas

Desarrollo evolutivo y legislativo de los derechos de los pacientes
sometidas a los médicos con fines de investigación y de reconocimiento del derecho a la libre
autodeterminación (1).

Vidal, M^a C

Otros documentos más recientemente emitidos por organismos internacionales recogen la creciente preocupación por los derechos de las personas enfermas, entre ellos se encuentran: La Declaración de Lisboa sobre derechos del paciente, adoptada por la 34 Asamblea Médica Mundial en 1981, en la que se reconoce los siguientes principios fundamentales como requisitos indispensables de la calidad y la seguridad de los cuidados médicos a los que el enfermo tiene derecho. Se trata de la libre elección del médico, de la independencia técnica y moral del profesional que escoge y de la reserva confidencial protegida por el secreto profesional (2); y la Recomendación del Comité de Ministros de este organismo en 1980, que alude a la participación del enfermo en su propio tratamiento. En la tabla 1 se recogen otros textos referentes a Declaraciones de derechos que han sido dictados desde 1948 (3).

TEXTOS SOBRE DECLARACIONES DE DERECHO (tabla 1)

Fuera de España

1946 Preámbulo a la Constitución de la OMS.

1948 Declaración universal de los derechos del hombre (4).

1950 Convención europea para la salvaguardia de los derechos del hombre y de las libertades
fundamentales (5).

1961 Carta Social Europea.

1966 Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.

1973 A Patient's Bill of Rights, Asociación americana de hospitales.

1975 Pediatric bill or Rights, asociación nacional de hospitales infantiles.

1976 Derechos de los enfermos y moribundos, Asamblea Consultiva del Consejo de Europea.

1977 Carta del enfermo usuario del hospital elaborada por la CEE (6).

1979 Carta del enfermo usuario del hospital, Comité hospitalario de la Comunidad Europea.

1981 Convenio para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de
datos de carácter personal.

1986 Acta Única Europea ratificada por España (7).

1989 Convención sobre los derechos del Niño.

1992 Tratado de Maastricht (art.k.2) (8).

Las tomas de conciencia ética frente al enfermo se ha realizado mediante "declaraciones" de diferentes grupos relacionados con la labor sanitaria.

Esta manera de expresar las exigencias éticas en relación con la persona enferma es lo que ha llevado a hablar de "los derechos del enfermo". Pero esta expresión no ha de ser entendida en su sentido jurídico estricto, sino como formulación de los valores éticos relacionados con la asistencia sanitaria del enfermo (9).

2.-DIRECTRICES ESPAÑOLA SOBRE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.

2.1.-LEY DE BASE DE SANIDAD.

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944 (10) vino a establecer los fundamentos de la Sanidad en España. Pero en ella no dedica ningún epígrafe a los derechos del enfermo, salvo el contenido de la base vigesimocuarta, respecto a la asistencia de familias comprendidas en el padrón de Beneficencia, así como en la que se regulan los servicios sanitarios de las Diputaciones provinciales, en la base vigesimotercera.

2.2.-CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.

La Constitución española de 1978, en cuanto vértice de nuestro sistema político y jurídico, contiene una serie de preceptos de los que se puede deducir, por un lado, el núcleo de la estructura jurídico-sanitaria, tal y como ha sido concebida por el constituyente; y por otro, un conjunto de derechos de los que son beneficiarios los individuos, algunas de cuyas manifestaciones adquieren especial significado para aquellos que se encuentran en la situación de enfermos hospitalizados (11).

En la Constitución Española aparecen numerosos preceptos que, aunque exigen un desarrollo que tienen incidencias de una manera genérica en el tema de los derechos del enfermo y de los enfermables, esto es, en el amplio tema del derecho a la salud; algunos son reconocidos específicamente como tales, otros son derechos básicos de toda persona y como contrapartida, evidentemente, del enfermo y del enfermable. Así, dentro del Título I (de los derechos y deberes

fundamentales), cuando en el art. 10 establece: "La dignidad de la persona (...) es fundamento del orden político y de la paz social", o en el art. 15 (dentro de los derechos fundamentales y de las libertades públicas), que establece que "Todos tienen derecho a la vida y la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes" (12). En los artículos 41, 43, 49, 50 y 51, al referirse a los principios rectores de la política social y económica, se fija específicamente en los temas de salud: art. 41 "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad"; el art. 43:" 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.-2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" (13); el art. 49 "Los poderes públicos realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos" (14); el art. 51, apart. 1 establece que los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo mediante procedimientos eficaces a la seguridad, la salud; y el art. 53, referente a las garantía de las libertades y derechos fundamentales hacen asimismo mención. La CE dedica pues una serie de artículos a temas de salud. El art. 33 supone el punto de partida para la protección del derecho a la salud y deben regularse por ley los derechos y los deberes, que deberán plasmarse como auténticos derechos subjetivos, exigibles ante los Tribunales de Justicia (15).

2.3.-DERECHOS QUE APARECEN RECOGIDOS EN EL CÓDIGO PENAL (16).

Existen en nuestro Código Penal determinadas situaciones cuya transgresión es tipificada como delito o como falta y que, por tanto suponen un derecho. De entre ellos:

Existe el derecho a que los medicamentos que se despachen no estén deteriorados ni sean sustituidos unos por otros (art. 361); existe el derecho a que los medicamentos se expendan de acuerdo con las formalidades legales y reglamentarias (art. 360); existe el derecho a que no sea alterada la cantidad, dosis o composición genuina, según lo autorizado o declarado, de las sustancias medicinales que se fabriquen o elaboren, privándole de esta forma total o parcialmente de su eficacia terapéutica (art. 362); existe el derecho a que no se altere, después de fabricada o elaborada, la cantidad, la dosis o la composición de las sustancias medicinales legítimas, que las privaría en mayor o menor grado de su eficacia curativa (art. 362); existe el derecho a que no se imiten o simulen sustancias medicinales dándoles apariencias de verdaderas con el ánimo de expenderlas o utilizarlas de cualquier manera (art. 362); existe el derecho a que no se alteren las bebidas o comestibles destinadas al consumo público con productos nocivos a la salud y a que no se fabriquen o vendan objetos en cuya composición se hayan incorporado sustancias o productos de forma tal que resulte su uso nocivo para la salud y a que no se vendan géneros corrompidos (art. 364); existe el derecho a ser socorrido cuando uno se encuentre

desamparado y en peligro manifiesto y grave, cuando se pudiere hacer sin riesgo propio ni de tercero (arts. 11 y 412). En el art. 412 se castiga al funcionario público que requerido por un particular a prestar algún auxilio a que esté obligado por razón de su cargo, para evitar un mal, se abstuviere de prestarlo sin causa justificada; existe el derecho a ser atendido por aquel que posea el correspondiente título oficial o reconocido por disposición legal o convenio internacional (art. 460), de tal manera que un enfermo debe ser asistido por un médico que cumpla estos requisitos, si el caso lo requiere, y no por persona auxiliar, como ocurre con cierta frecuencia; existe el derecho a que no se le obligue a uno a efectuar lo que no quiera, sea justo o injusto, y a que no se le impida con violencia hacer lo que la ley no prohíbe (art. 172), de tal manera que el no respetar la voluntad del paciente puede implicar que se esté cometiendo un delito de coacción, existe el derecho a no ser tratado con impericia o con negligencia profesional (arts. 12 y 152), de tal manera que el enfermo tiene el derecho a que se le trate con la mayor diligencia y haciendo uso de las técnicas y procedimientos de lo que la medicina dispone hoy y que todo médico debe conocer, así como de acuerdo con los principios éticos en que se basa el comportamiento médico; existe el derecho a ser indemnizado civilmente de todos los perjuicios materiales y morales causados al agraviado o a su familia o a un tercero y que resultaren de la comisión de alguno de los delitos a que antes nos hemos referido (art. 113). Añadamos que de la misma forma que existe esta indemnización hacia el enfermo hay en nuestra legislación como contrapartida, la posibilidad y el deber de que el enfermo tenga que indemnizar al centro hospitalario por los gastos de curación y otros que se ocasionen a consecuencia de un delito, según se estableció en la RO de 27 enero de 1851, con carácter general para los hospitales y demás centros de la beneficencia, y como consta en el art. 97 de la Ley de Seguridad Social en relación a sus instituciones.

2.4.-DERECHOS RECOGIDO EN LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL (17).

En esta Ley de procedimiento podemos encontrar una serie de cuestiones que también consideramos como derechos del enfermo y enfermable. Así, cuando se haya cometido alguno de los hechos que el Código Penal califica como delitos y a que antes nos referíamos, tiene el derecho a ejercitar las acciones penales y civiles para que el culpable sea castigado y para que él sea indemnizado por los perjuicios causados, haciéndose parte en el proceso. Tienen asimismo los enfermos, en concreto los lesionados que estén bajo vigilancia del médico forense, el derecho a que el facultativo facilite o emita los correspondientes partes de lesiones, estado y sanidad a la autoridad judicial, y a que en el proceso penal se le permita el declarar o el aportar cuantos informes periciales se requieran sobre su enfermedad o sus lesiones, así como a que obligatoriamente presten declaración los testigos del hecho.

2.5.-DERECHOS RECOGIDOS EN EL CÓDIGO CIVIL (18).

En este Código encontramos reflejado el derecho a disponer de todo lo indispensable para la asistencia médica y que ha de ser dado obligatoriamente en caso de necesidad por el cónyuge,

ascendientes y descendientes legítimos, etc, se deduce de los arts. 142 y ss, cuando se habla de los alimentos entre parientes e incluye entre los mismos la asistencia médica. Asimismo se reconoce el derecho a ser indemnizado por daños y perjuicios que se deriven de la asistencia cuando exista culpa o negligencia. Destaquemos, por otro lado, el derecho que tiene todo enfermo cuando se hallare en peligro inminente de muerte a prestar testamento ante cinco testigos idóneos sin necesidad de notario (art. 700), y a que sea tutelada su persona y bienes o solamente sus bienes en algunos casos concretos, como ocurre con los enfermos psiquiátricos y los sordomudos que no sepan leer y escribir (art. 200), siempre y cuando haya procedido la declaración previa de incapacidad (art. 213).

2.6.-DERECHOS RECOGIDOS EN EL TEXTO REFUNDIDO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (19) Y DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

Existe en esta Ley una serie de preceptos que conllevan, por tanto, sus correspondientes derechos y que son reconocidos solo para los beneficiarios de la Seguridad Social.

De acuerdo con el art. 38, se deduce que tienen derecho los beneficiarios de la Seguridad Social a asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo, a la recuperación profesional para recuperar profesionalmente su aptitud para el trabajo.

El RD 63/1995 (20) ordena y sistematiza las atenciones y prestaciones sanitarias directas y personales del Sistema Nacional de Salud distinguiendo entre las que se han de facilitar en todo caso (atención primaria, atención especializada, prestaciones farmacéuticas y prestaciones complementarias) y aquellas otras merecedoras de ayudas económicas. La O. de 18 de enero de 1996 desarrolla el Real Decreto mencionado perfilando el contenido y ámbito de prestaciones.

La prestación farmacéutica a los beneficiarios de la Seguridad Social se ha ido regulando a través de la Ley 25/1990 (ap. 1 art. 94), RD 83/1993 (21), Ley 66/1997 (22), RD 1663/1998 (23).

2.7.-DERECHOS RECONOCIDOS EN LEYES Y REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS.

En el D. 2766/1967 (24) sobre asistencia médica y ordenación de los servicios médicos de la Seguridad Social se enumeran los siguientes derechos del enfermo: A recibir asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral; a elegir facultativo en los términos previstos en el apartado núm. 1 del art. 112 de la Ley de Seguridad Social; a solicitar asistencia sanitaria por servicios ajenos a la Seguridad Social en casos de urgencia vital, cuando no obtenga la asistencia que hubiere solicitado oportunamente; a recibir asistencia hospitalaria no quirúrgica cuando se dé alguna de las siguientes situaciones: cuando la naturaleza de la enfermedad exija un tratamiento y diagnóstico que no pueda realizarse en el domicilio del paciente ni en régimen

ambulatorio, o cuando la enfermedad sea transmisible; o cuando el estado o conducta del paciente exija una vigilancia sanitaria continuada.

En la OM de 7 julio 1972 (25) que aprobó el Reglamento para Régimen y Servicios de la Seguridad Social, se recoge en el art. 148 que "con independencia de las normas reguladoras del régimen de los enfermos durante su permanencia en la institución, que serán recogidas en los reglamentos de Régimen interior de las Instituciones, los enfermos asistidos tendrán los siguientes derechos: A que sea formulado el diagnóstico de su proceso de enfermedad y su oportuna orientación terapéutica; a recibir atención médica durante las diversas etapas evolutivas de su proceso patológico, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio; a que se mantenga el secreto profesional en cuanto a su enfermedad, de acuerdo con las normas deontológicas; a autorizar bien directamente, o a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas; a la asistencia espiritual que soliciten; a recibir visitas durante su internamiento, en la extensión y alcance que se determinen en los Reglamentos de Régimen Interior. En esta OM no se reconoce el derecho del enfermo a negarse a una exploración o tratamiento. Es verdad que se le reconoce al enfermo el derecho del alta voluntaria cuando no esté de acuerdo y "siempre que las disposiciones sanitarias y legales vigentes lo permitan".

En el Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social se establecen una serie de normas de las que se pueden derivar los siguientes derechos: El derecho a recibir asistencia que será prestada personalmente por los facultativos correspondiente; el derecho a la asistencia médica que ha de ser completa, ambulatoria, domiciliaria o en régimen de internamiento; derecho a ser atendido y tratado con el respeto y la corrección debida, con la exigible diligencia y a que se respete por parte de los facultativos el sigilo; derecho a que si el enfermo tiene una queja, a consignarla en el preceptivo libro de reclamaciones oficiales que ha de existir en todo ambulatorio.

El RD 2082/78 (26) constituye el primer intento en nuestro país de recopilar los derechos de los usuarios de los hospitales, ya que las anteriores recopilaciones (v.gr. OM 7 julio 1972 y D. 2766/67 son solamente aplicable en la Seguridad Social), aunque- en líneas generales- ha sido incumplido por la propia administración que, en su día, propició la norma (27). En la norma 13 se enuncian las garantías de los usuarios: la admisión y estancia en el hospital ha de responder a la finalidad primordial de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico y atención sanitaria, sin discriminación alguna, y pondrá como mínimo las siguientes obligaciones para el establecimiento y su personal, que constituyen otros tantos derechos del enfermo asistido: El respeto de la personalidad y dignidad humana del asistido; el cumplimiento flexible y, si es necesario, ulterior, de los requisitos y formalidades administrativas exigibles; la previa conformidad y consentimiento expreso y escrito del enfermo y, en caso de su minoría de edad o imposibilidad, de sus parientes más próximo, o de su representante legal; es un derecho del enfermo el ser tratado con las técnicas médicas en el hospital y con el menor riesgo posible en proporción a los resultados deseables; la protección frente a las molestias e interferencias exteriores a menos que sean justificadas, precisas o inaplazables, y sean compatibles con el estado clínico del enfermo, a juicio del médico que le atienda; el funcionamiento de los servicios de instalaciones del establecimiento, de forma que se garantice en todo momento las

atenciones sanitarias y las condiciones de higiene, alimentación y subsistencia y se subsanen, en el plazo más corto posible, las deficiencias que resulten inevitables; la cortesía, el trato humano, el respeto a las opiniones personales y creencias religiosas, el libre envío y recepción de correspondencia, la comunicación telefónica, la disponibilidad de ropa y equipamiento personal, y acceso de acompañantes, familiares y visitas, de acuerdo con las normas del buen orden y régimen interior del hospital y las necesidades y condicionamientos de la asistencia sanitaria; la confidencialidad de los actos médicos y sanitarios y, cuando así se solicite, el secreto de la estancia en el hospital; el conocimiento del nombre del facultativo o facultativos encargados de su asistencia y la información completa en términos usuales y comprensibles, sobre la situación del estado clínico del asistido, bien sea verbal o por escrito, a petición del interesado o de la persona legitimada para obtenerla; el derecho a consultar con los facultativos ajenos al hospital en las condiciones que establezca el reglamento de régimen interior; asistencia religiosa según confesionalidad; la libertad de abandono del hospital y salida inmediata del establecimiento haciendo constar por escrito la renuncia a ulterior reclamación de indemnización; la sujeción del interesado y a sus familiares, acompañantes o visitantes, mientras que permanezcan en el establecimiento, a sus normas de buen uso y régimen interior, la posibilidad de conocer dichas normas, hacer constar peticiones, observaciones y sugerencias, obtener ayuda y asistencia social para resolver los problemas o incidencias derivados de la estancia en el hospital (28). Este Real Decreto, supuso, al menos teóricamente, un gran avance en el reconocimiento de los "derechos del enfermo", pero fue declarado nulo en virtud de sentencia del Tribunal Supremo por OM de 6 de julio de 1982 (29).

Dentro del Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria, promovido por el Insalud en 1983, se elaboró una Carta de derechos y deberes de los pacientes, que recogía diez y seis derechos y ocho deberes.

Entre los derechos: El paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios; el paciente tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico; el paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible; el paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitado en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables, el paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación excepto en los siguientes casos de que una urgencia no permita demoras, cuando el no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública (30), cuando exista imperativo legal, o cuando no esté capacitado para tomar decisiones; el paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, en general; el paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer; el paciente tiene derecho a que queda constancia por escrito de todo su proceso; el paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una

información sobre métodos, riesgos y fines, siendo imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos de las normas que establece la declaración de Helsinki, el paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos; el paciente tiene derecho, en caso de hospitalización, a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales; el paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de sus actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales; el paciente tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones; el paciente tiene derecho a causar alta voluntaria; el paciente tiene derecho, una vez agotadas las posibilidades dadas de tratamiento de su enfermedad, a una muerte digna; el paciente tiene derecho a que las instituciones sanitarias proporcionen una asistencia técnica correcta, con personal cualificado, un aprovechamiento máximo de los medios disponibles y una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

Ahora bien el enfermo tiene también una serie de deberes que son: el paciente tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias; el paciente tiene el deber de tratar con máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, los otros enfermos y sus acompañantes; el paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento y de la institución y los canales de comunicación; el paciente tiene el deber de cuidar de las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias; el paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento, el paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, el paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias; el paciente tiene el deber de que se cumpla los derechos (31) (32).

En 1984 el Hospital General de la Cruz Roja crea una lista de catorce derechos y cinco deberes del usuario.

Entre los derechos se encuentra el "derecho a una plena consideración en cuanto a su dignidad humana e intimidad personal, especialmente en lo que hace referencia a (...); ser advertido, en su caso, del estado de gravedad, siempre que la información no signifique un mal mayor para el usuario" (33).

Para el seguimiento del respeto a estos principios se crearon en los hospitales Comisiones de Humanización de la Asistencia y Servicios de atención al paciente. Aunque la carta no tenía valor jurídico y carecía por tanto de fuerza obligatoria, constituía sin embargo un factor educativo para los usuarios y los profesionales sanitarios.

2.8.-LEY GENERAL DE SANIDAD.

Es en la Ley General de Sanidad de 1986 (34) la que definitivamente reconoce un conjunto de derechos específicos a los enfermos y usuarios de los centros sanitarios públicos (35), verdaderos derechos subjetivos exigibles a terceros. Estos derechos, han sido previamente

propugnados por organismos internacionales, que asisten a los pacientes y que son de procedente exigencia y obligado cumplimiento. Corresponden su tutela a los servicios de inspección de la Seguridad Social, a los Servicios de atención al paciente creados en los hospitales públicos y por última instancia a la autoridad judicial (36). Así, en su art. 10 se recogen, entre otros, los siguientes derechos: al respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda haber discriminaciones; a la información sobre los servicios sanitarios a los que se puede acceder, estribando su finalidad en que nadie, por ignorancia, se quede sin el tratamiento debido, sin los servicios adecuados o en condiciones peores a aquellas a las que tiene derecho y que, en su caso, tampoco exija o pretenda lo que no le corresponde (37) (38); a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso; a la previa autorización por escrito del paciente para la utilización de los procedimientos que se le apliquen en un proyecto de investigación; a que se le dé información completa sobre su proceso, al previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, salvo en las excepciones reglamentadas; a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados (cuando la no intervención suponga un riesgo para las decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas; cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento); a que quede constancia por escrito de todo su proceso y a recibir el informe de alta; y, a utilizar las vías de reclamación en los plazos previstos.

Si bien algunos derechos recibidos en el art. 10 de la LGS ya tenían cabida en nuestro derecho, hay otros en los que no se pueden encontrar un apoyo fuera de la LGS constituidos, desarrollados o especificados por ella misma. El cometido de la LGS es dar cumplimiento al mandato constitucional contenido fundamentalmente en el art. 43, relativo a la protección de la salud, y que requería un desarrollo legislativo para hacer efectivo este derecho. No obstante, el art. 10 de la LGS no supone en sentido estricto un desarrollo del art. 43 de la CE, sino que un buen número de los derechos que declara ese artículo (art. 10) (no son más que la plasmación de los derechos fundamentales consagrados por la propia Constitución).

2.9.-OTRAS DISPOSICIONES.

Otras gran cantidad de normas jurídicas vigentes que reconocen derechos en materia sanitaria completan el elenco anterior. Nos referimos a la Ley 30/79 de 27 de octubre sobre extracción y transplante de órganos (40) y el RD de 22 de febrero que la desarrolla (41); el RD 156/79 de 2 de febrero, de garantías de prestación de los servicios sanitarios (42); la O. de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta (43); O. de 1 de marzo de 1985 (44) por la que se aprueba el reglamento general de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social (45). Asimismo el RD 521/1987 de 15 de abril (46) que es la norma creadora inmediata de los actuales servicios de atención al paciente y diseñadora de su organización y funciones. La Ley 42/1988 de 28 de diciembre (47) de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos, la Ley 25/90 de 20 de diciembre (48) del medicamento, la Ley Orgánica 5/92 de 29 de octubre sobre regulación del tratamiento informatizado de datos de carácter personal (49), el RD 561/1993

(50) sobre requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos; el RD 1854/93 (51) sobre requisitos, técnicas y condiciones mínimas de la hemodonación y bancos de sangre.

La protección de los datos y su confidencialidad se ha ido reglamentando a través de las leyes de 31 diciembre 1996 y 10 abril 1997 y O. 31 julio 1998 (52). Y la protección de los derechos fundamentales de la persona se ha hecho en la Ley 29/1998 de 13 de julio reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa (53).

Las leyes de salud de las Comunidades Autónomas han ido regulando la asistencia sanitaria en diferentes comunidades autónomas. Así la Ley 1/1998 de Andalucía (54) establece la asistencia sanitaria de los ciudadanos de Andalucía: atención integral de salud, atención a los problemas de salud mental, prestación de productos farmacéuticos y control de la asistencia sanitaria.

3.-SISTEMATIZACIÓN DE LOS DERECHOS.

A la vista de la complejidad de textos normativos positivadores de derechos de los ciudadanos en materia sanitaria, para su posible estudio se hace necesaria una sistematización que simplifique los innumerables derechos reconocidos. Romeo Casabona establece una clasificación en cinco grupos de derecho:

1. Derecho relativos al respeto a la dignidad humana (55) (56) y a la igualdad, consagrado fundamentalmente en el texto constitucional así como en la LGS.
2. Derechos relativos al acceso a la asistencia sanitaria (57), cuyas consecuencias se plasmarán mas concretamente en: Derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer y será su interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 LGS); derecho a que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria (art. 10.8 LGS); derecho a participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias en los términos establecidos en esta ley y en las disposiciones que la desarrollan (art. 10.10 LGS); derecho a utilizar las vías de reclamación y de propuestas de sugerencias (art. 10.12 LGS); derecho a elegir el médico y los demás sanitarios titulados (art. 10.13 LGS); derecho a obtener los medicamentos y productos necesarios para promover, conservar o restablecer su salud (art. 10.14 LGS).
3. Derechos relativos a la libre autodeterminación del paciente: En este grupo se incluyen: a) El consentimiento informado, contemplado en los arts. 10.5, 10.6 y 10.9 LGS (58) (59) (60); el derecho a negarse al tratamiento vital (art. 10.6 LGS); la prohibición de tratos inhumanos y degradantes (61) (62), de claro refrendo constitucional y recogido también en el art. 10.4 de la ley, el derecho a la libertad ambulatoria y a la seguridad de formulación constitucional, aunque no expresamente recogido en el articulado de la LGS.

4. Derechos relativos a la intimidad (63). En este grupo se incluyen otros subgrupos: Derecho a la intimidad (64); derecho a la confidencialidad (65) (66); derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.

5. Derechos relativos a la información como derecho autónomo (67). Este derecho autónomo permite incluir bajo su genérico epígrafe tres derechos concretos: art. 10.5 LGS: "A que se le dé en términos comprensibles, a él y a su familiares o allegados, información completa y continuada verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento", lo que se complementa con el derecho a recibir el informe de alta tras la finalización de la estancia hospitalaria del paciente (art. 10.11 LGS); art. 10.8 LGS: "A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria"; art. 61 LGS: "La historia clínico-sanitaria..." estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes" (68).

Gracia Guillén reduce a cuatro los derechos básicos de los enfermos: Derecho a la vida (69) (70); derecho a la asistencia sanitaria (71); derecho a la información; derecho a una muerte digna (72) (73).

4.-LOS DERECHOS SUBJETIVOS POTENCIALES.

Los derechos fundamentales ha resaltado el TC en sentencia 25/1981 que son derechos subjetivos, derechos de los ciudadanos no solo en cuanto derechos de los ciudadanos en sentido estricto, sino en cuanto que garantizan un status jurídico a la libertad en un ámbito de la existencia (74).

Considerando las relaciones entre el paciente y el medio sanitario (hospitales, profesionales sanitarios), surgen los derechos subjetivos potenciales (mientras no se reflejen en el ordenamiento jurídico) o intereses del paciente más vulnerable (75) (76), que justifican la creación de cartas específicas de derechos. La mayoría de los derechos de los pacientes se derivan de los siguientes: derecho a la asistencia sanitaria, que supone no sólo el derecho a la atención sanitaria, al tratamiento, sino también al acceso e información sobre el sistema sanitario, a la participación en las actividades sanitarias, a la creación de vías de reclamación (77) etc, derechos a la libre autodeterminación, que implica la necesidad del consentimiento informado por el paciente para la realización de pruebas o si va a ser sujeto de una investigación, y el derecho a rechazar el tratamiento (78) (79) (80), derecho a la intimidad (81), relativo a la confidencialidad sobre los datos de su enfermedad (82); pero también al respeto de sus creencias religiosas o concepciones morales; derecho a la información, que puede estar

implícito en los anteriores, pero que presenta aspectos diferenciales. Por ejemplo, una información sobre la salud del afectado como fin inmediato para concertar un seguro, contraer matrimonio, etc.; o la llamada información terapéutica, no vinculada directamente al acto de consentir, y que se convierte en indispensable dentro de la actividad terapéutica; y el respeto a la dignidad de la persona, que sería, más que un derecho en si mismo, el crisol de todos los demás derechos de los pacientes.

4.1.-DERECHO A DECIDIR SOBRE EL TRATAMIENTO.

Estos derechos no son absolutos, aún cuando se trate a veces de derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, ya que unos y otros presentan ciertos límites. Un tema que plantea no pocos problemas jurídicos es el relativo a la libre autodeterminación del paciente. Hoy es indiscutible el derecho del paciente a decidir sobre su propio tratamiento después de haber recibido la información necesaria, e incluso a negarse a él. Pero la propia LGS establece unas limitaciones a esa negativa: razones de salud pública; si el paciente no está capacitado para tomar decisiones; y cuando la urgencia no permite demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento. Mientras que los dos primeros casos tienen una fácil explicación, el tercer supuesto es más ambiguo, ya que puede darse la imposibilidad de rechazar el tratamiento vital, o plantear problemas relativos a los deberes de protección de la vida del paciente en determinados supuestos.

Veamos, lo que ocurre con más detenimiento. La Ley General de Sanidad arranca desde la perspectiva de un reconocimiento amplio de los principios de libertad y consentimiento. El art. 10, apartado 9 (83) establece el derecho a la negativa al tratamiento como regla general.

En los supuestos de negativa al tratamiento nos encontramos en un conflicto entre el derecho de libertad del paciente y el derecho a la salud. En ocasiones este conflicto viene agravado por la concurrencia de un riesgo para la vida o la integridad física del enfermo.

En muchas ocasiones se trata no solo de un conflicto jurídico sino también ético entre el modelo de beneficencia que atribuye la decisión al médico y el modelo de autonomía que potencia la libertad del paciente.

La Constitución reconoce expresadamente el derecho al libre desarrollo de la personalidad del individuo y de la dignidad humana. El art. 10.1 de la Constitución preceptúa: "1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamentos del orden político y de la paz social".

En el derecho español el art. 102, apartado 1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (84), aprobado por decreto 2075/1974 de 30 de mayo establece: "1. El beneficiario deberá observar las prescripciones de los facultativos que le asisten. Cuando sin

causa razonable rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado, podrá ser sancionado con la suspensión del derecho al subsidio que pudiera corresponderle o, en su día, con la pérdida o suspensión de las prestaciones por invalidez".

En nuestra opinión, el derecho de negarse al tratamiento está reconocido por una norma de superior rango al Reglamento y posterior en el tiempo, por lo que el ejercicio del mismo no implicará pérdida de prestaciones. Sólo cuando se acredite fehacientemente por la Entidad gestora una conducta abusiva podría no cuestionarse las mismas.

En general, la doctrina jurídica encuentran estas situaciones un conflicto entre ciertos derechos (a la intimidad, a la tutela de los hijos) del objetor y bienes públicos como la protección de la vida y de la integridad de la profesión médica.

Las resoluciones judiciales sobre casos de este tipo sostienen que los jueces pueden ordenar un tratamiento necesario para la supervivencia del paciente contra la voluntad de éste. Cuando se trata de menores, toda la jurisprudencia coincide en declarar lícita y obligada la intervención de los tribunales, (85) (86).

La doctrina española, así como la jurisprudencia, se ha inclinado por la obligatoriedad del tratamiento, impuesto por la autoridad judicial, en el caso de los Testigos de Jehová (87). Sin embargo, últimamente han surgido posturas doctrinales favorables a admitir la negativa del tratamiento siempre que provenga personalmente del propio paciente y tenga capacidad plena (88). En general, cuando el médico se enfrente con la negativa de unos padres a que el niño reciba una transfusión deberá dirigirse al tribunal tutelar de menores el cual, dentro de su "facultad protectora" podrá ordenar la práctica de la transfusión. En los casos de urgencia, deberá acudir al juzgado de instrucción de Guardia (89).

El Tribunal Supremo ha estudiado la espinosa cuestión suscitada en torno a la petición de los Testigos de Jehová para que el Estado les de la asistencia médica o económica precisa en caso de que haya que realizar una intervención sin transfusión. Su fallo es negativo. El Estado tiene obligación de dar asistencia médica en la medida de sus posibilidades pero no de pagar terapias en centros privados (90).

En cuanto a la postura de los médicos ante la objeción de conciencia a tratamientos el Doctor Gonzalo Herranz de la Comisión de Deontología del Consejo General de Médicos de España ha indicado que el médico debe buscar soluciones, aún extraordinarias, que no hieran las creencias del enfermo. Si concluye que no las hay, puede suspender la relación con el paciente. Cuando éste es menor, puede actuar contra la voluntad de los tutores, previa autorización judicial (91).

5.-CONCLUSIONES.

1.-Si bien es verdad que se ha ido dando disposiciones que van regulando cada vez más los derechos de los pacientes, como han puesto en evidencia el profesor Villalaín (92) aún

están insuficientemente regulados dos derechos que yo considero básicos también: el derecho a morir dignamente y el derecho a una atención religiosa. Falta aún mucho para que nuestra legislación sea perfecta. Existe demasiada imprecisiones en las terminología usada (v.gr. indefiniciones de "familiar" y "allegados"), excesiva despersonalización del paciente y escasez de información para el paciente incompatible con los derechos fundamentales. Y es evidente que los pacientes requieren más seguridad, protección y estima.

2.-Como ha puesto de manifiesto Romeo Casabona (93) es de todo este entramado de disposiciones sectoriales de donde hay que extraer todos los derechos del paciente y hacer uso de ellos según las necesidades de cada momento, esto es, de acuerdo con las sensibilidades nuevas que puedan hacer sentir con mayor intensidad la necesidad de protección de aquellos derechos del paciente que como ciudadano que es y como usuario de sanidad sean susceptibles de una más fácil vulnerabilidad, como pueden ser los relacionados con los discapacitados psíquicos o los nasciturus (94).

3.-Es necesario regular más pormenorizadamente derechos fundamentales que pueden entrar en colisión: derecho a la vida y autodeterminación (v.gr. tratamiento obligatorio a enfermos del sida, transfusiones a Testigos de Jehová, enfermos que solicitan la eutanasia) (95), el derecho a morir con dignidad, así como el derecho a la salud en colectivos especiales (v. gr. personas con la autonomía disminuida) o ante recursos médico-sanitarios escasos (96).

En la relación con el paciente debe de regir el principio de beneficencia (97). El médico, y en general cualquier profesional de la sanidad debe de actuar en favor de la vida. Pero ¿la defensa de la vida debe llevar al médico a no dejar en paz a sus pacientes?, ¿es moral el llamado encarnizamiento terapéutico?. Indudablemente, creo que no. Pero, ciertamente las nuevas tecnologías generan un sinfín de conflictos legales y éticos en la relación médico-paciente que son de difícil solución.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS ACLARATORIAS.

- 1 Villard JL. *De Nuremberg à Nuremberg*, pp. 25-27. En: Comités d'éthique a travers le monde. Inserm. París; 1991.
- 2 Wynen A. La hospitalización privada y el ejercicio liberal de la medicina. *Todo hospital*. 1988; (noviembre): 47-50.
- 3 Elizari Basterra J. *Bioética*. San Pablo. Madrid, 1991: pp. 210-20.
- 4 Serrano Butragueño I. Derechos humanos, ius puniendi. Delitos y penas. *La Ley*. 1998; (4688): 1-16.

5 Magro Servet V. Derechos humanos: ¿una realidad o una utopía?. *La Ley*. 1998; (4689): 1-9; Moral García, A. del. Derechos humanos, menores y ministerio fiscal. *La Ley*. 1998; (4687): 1-16.

6 Villalain Blanco JD. Los derechos del enfermo. *Cuadernos de Bioética*. 1995; (24): 460-72.

7 LO 4/1986 de 26 de noviembre. *BOE* 2 diciembre.

8 Martín Pallin A. Los sistemas de protección de los derechos humanos en el ámbito internacional y en el espacio comunitario de la Unión Europea. *La Ley* 1998; (4690): 1-6.

9 Vidal M. *Bioética*. Tecnos. Madrid; 1994: p. 150.

La asistencia sanitaria del enfermo es estudiada en: Delgado J.F. ¿Derechos o necesidades?. *Revista de Fomento Social*. 1980; (35): 399-401; Gracia D. Los derechos del enfermo: balance y perspectiva. *Jano*. 1986; (noviembre, extra). 60-64; Valtueña JA. Derechos de los enfermos. *Jano*. 1982; (8543): 15.

10 Ley de Bases de 25 noviembre 1944. *BOE*, de 26 de noviembre.

11 Romeo Casabona CM^a. Los derechos del enfermo a la luz de la Constitución Española. *Todo Hospital*. 1989; (diciembre) (62): 27-31.

12 "Relación médico-paciente en la UCI. Consideraciones médico-legales sobre la medicina intensiva". *Medicina Integral*. 1990; 14 (1): 291-2.

13 Prieto A, Camarero G. *Constitución y democracia*. Akal. Madrid; 1980: pp. 172-80.

14 Heredia Martínez, F. Los derechos del enfermo en la administración sanitaria y de justicia. *Revista de Medicina Legal*. 1983; (julio-diciembre): 45-50.

15 Nicolás Ortiz C. *El derecho a la salud*. Encuentro Ediciones. Madrid; 1983: p. 45.

16 LO 10/1995 de 23 noviembre. *BOE*, de 24 noviembre.

17 La Ley de Enjuiciamiento criminal LO 8/1992 de 23 de diciembre ha sido modificado por LO 5/1999, de 13 de enero (*BOE*, de 14 de diciembre).

18 "Código Civil". 1976. Alce; Madrid: 551 pp.

19 RD Legislativo 1/1994 de 20 junio. *BOE*, de 29 de junio; se modifica la disp. adic. 11 por Ley 8 noviembre 1995 (RL 1995, 3046).

20 RD 63/1995 de 20 de enero. *BOE*, de 10 de febrero.

Desarrollo evolutivo y legislativo de los derechos de los pacientes
21 *BOE* 19 febrero 1993.

Vidal, M^a C

22 Ley 66/1997 de 30 diciembre. *BOE*, de 31 diciembre.

23 RD 1663/1998. *BOE*, de 25 de julio.

24 RD 2766/1967 de 16 de noviembre. *BOE*, de 20 noviembre, rect. *BOE* 23 enero 1968.

25 OM 7 julio 1972. *BOE* de 19 de julio.

26 2082/1978 de 25 de agosto. *BOE* de 1 de septiembre.

27 Arroyo Urieta G, Marcos Argote AL. Los derechos del paciente en el sistema sanitario español. *Revista de Medicina Legal*. 1983; (julio-diciembre): 93-102.

28 Moya Pueyo V et al. Los derechos del enfermo. *Revista de Medicina Legal*. 1983; X (36-37): 7-44.

29 Abenza Rojo JM et al. Situación actual de los derechos del enfermo. *N Arch Fac Med*. 1984; 42 (11): 49-52.

30 Cuando la urgencia no permita demoras; cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública; cuando no exista imperativo legal; cuando no está capacitado para tomar decisiones.

31 "Carta de derechos y deberes del usuario del Insalud". *El Médico*. 1983; (2-8 septiembre): 13.

32 Vidal M. *Moral de la persona y bioética teológica*. PS Editorial. Madrid. 1991: pp. 751-3.

33 "El hospital de la Cruz Roja crea una lista de derechos y deberes del usuario". *El Médico*. 1984; (enero): 18.

34 Ley 14/1986, de 25 de abril. *BOE* 29 abril 1986.

35 En algunos casos también de los privados.

Tristram Engelhardt hace referencia de casos en los que se ha permitido a Testigos de Jehová rechazar el tratamiento que le podía salvar la vida (Tristram Englehardt, H. *Los fundamentos de la Bioética*. Paidós. Barcelona; 1995: p. 525).

36 Galán Ribes SD. *Manual práctico sobre los derechos del paciente*. Fausi. Barcelona; 1988: p. 74.

37 Pacheco MV. Los derechos humanos del paciente desde el punto de vista de un servicio de reclamaciones hospitalarias. *Todo Hospital*. 1989; (62): 37-9.

- 38 Cadierno M. Situaciones de máxima conflictividad para los pacientes. *Todo Hospital*. 1989; (diciembre): 43-48.
- 39 Pacheco MV. Los derechos humanos y los del paciente desde el punto de vista de un servicio de reclamaciones hospitalarias. *Todo Hospital*. 1989; (diciembre): 37-39.
- 40 RD 27 octubre 1979. *BOE*, de 6 de noviembre.
- 41 RD 22 febrero 1980. *BOE*, de 13 de marzo.
- 42 RD 156/79 de 2 de enero. *BOE*, de 3 de febrero.
- 43 O. 6 septiembre 1984. *BOE*, de 14 de septiembre.
- 44 Corominas i Malet A. Los derechos del enfermo en la Ley General de Sanidad (IV). *Medicina Integral*. 1986; 8 (7): 343-4.
- 45 Ramio Masgrau R. Unidades de atención al paciente. Como pasar del espíritu de la ley a un servicio útil. *Hospital 2000*. 1988; 2 (1): 41-59.
- 46 O. 31 julio 1998. *BOE*, de 21 de agosto.
- 47 Ley 42/1988 de 28 diciembre. *BOE*, de 31 de diciembre.
- 48 Ley 25/90 de 20 de diciembre. *BOE*, de 22 de diciembre.
- 49 Ley 5/92 de 29 de octubre. *BOE*, de 31 de octubre.
- 50 RD 561/1993. *BOE*, de 13 de mayo.
- 51 RD 1854/93. *BOE*, de 20 de noviembre.
- 52 Sánchez Caro J et al. Aspectos técnicos y jurídicos del usuario en relación con el sistema sanitario: pasado, presente y futuro de los servicios de atención al paciente. *Todo Hospital*; (103): 41-7.
- 53 Sastre Legido R. La protección de los derechos fundamentales de la persona en la ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa. *La Ley* 1998; (4686): 1-3.
- 54 Art. 18 de la Ley 2/1998 de 15 de junio. *BOE* de 4 de agosto.
- 55 Corominas i Malet A. La dignidad del enfermo. *Medicina Integral*. 1986; 7 (3): 139-40.

- 56 Romeo CM. La protección jurídica del concebido. El feto como paciente. *Progresos en diagnóstico prenatal*. 1990; 2 (1): 11-9.
- 57 Corominas i Malet A. Derecho a las atenciones directas y personales. *Medicina Integral*. 1986; 7 (1): 45-6.
- 58 Jornet Lozano J, Jornet Pauli M. Importancia del consentimiento informado en la investigación clínica. *Cuad. Med. For.* 1996 (abril): 57-66.
- 59 Carballo Rodríguez C, Villalain Blanco JD. Experimentación en medicina. *Revista Española de Medicina Legal*. 1988; XV (54-57): 82-90.
- 60 Simón Lorda P et al. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado. *Med Clin*. 1997; 107: 524-9.
- 61 Camaño Puig R y col. Aspectos éticos en Uci. *Revista rol de enfermería*. 1988 (114): 33-7.
- 62 Mardomingo Sanz MJ. Investigación en psiquiatría del niño y del adolescente. *An Psiquiatría*. 1996; 12 (82): 72-5.
- 63 Ollero Tassara A. La ponderación delimitadora de los derechos humanos. Libertad informativa e intimidad personal. *La Ley*. 1998; (4691): 1-16.
- 64 Corbella i Duch S. El derecho fundamental a la intimidad personal en el ámbito penitenciario. *La Ley* 1999; (4733): 1-16.
- 65 Rodríguez Getino JA y col. Unidad de admisión-documentación: su implicación con los derechos de los pacientes. *Todo Hospital*. 1996; (126): 15-7.
- 66 Vaque J, Arcalis L. L problemática del personal sanitario seropositivo al virus de la inmunodeficiencia humana: entre la confidencialidad y el riesgo. *Med Clin*. 1987; (89): 331-4; Batista Miranda JE, Contreras García C. El secreto profesional y la prensa. *Med Clin*. 1988; (91): 783-5; Martín-Moreno J. Epidemiología y respeto a la confidencialidad sobre los datos personales: a propósito de una propuesta de Directiva europea. *Gac. Sanit*. 1994; (8): 317-20; Octavio de Toledo y Ubieto E. Algunas reflexiones sobre el tratamiento jurídico del secreto profesional. *Psicopatología*. 1982. 2 (4): 355-70.
- 67 Ramos Almazán MT et al. El último derecho del enfermo: la atención al agonizante. *Revista Española de Medicina Legal*. 1988; XI (54-57): 1722.
- 68 Gallego Riestra S et al. Los derechos de los pacientes: problemática práctica. *Med Clin* 1993; (100): 538-41.

69 Vidal Gil EJ. Límites y notas y garantías de los derechos fundamentales. La sentencia 215/94 TC sobre la esterilización de los incapaces que adolezcan de grave deficiencia psíquica. *Anuario de Filosofía del Derecho*. 1995; (12): 127-48.

70 Asis Silla Sanchis, Fr. de. Consentimiento del paciente en las transfusiones de sangre. *Cuaderno de Derecho Judicial*. 1993; (13): 123-34.

71 Rodríguez del pozo Alvarez, P. El acceso a recursos médico-asistenciales escasos: Cuestiones técnicas. *Anuario de Derechos Humanos*. 1990; (7): 185-200.

72 Casto Costa, A. Notas sobre la regulación jurídica de la ayuda a morir. *Revista Vasca de la Administración Pública*. 1991; (30): 227-38.

73 Kalmthout A. Eutanasia: El ejemplo holandés. *Eguzkilore*. 1995; (9): 163-93.

74 Rodríguez Bereijo A. Los derechos fundamentales: Derechos subjetivos y derechos objetivos. *La Ley*. 1996; (4000): 1-2.

75 Fernández Entralgo J. Imputabilidad y peligrosidad. La posición del enfermo mental en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. *Cuadernos de Derecho Judicial*. 1994; (31): 130-279.

76 Romeo Casabona CM^a. El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho Español (I). *Actualidad Penal*. 1991; 1 (26): 329-43; El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho Español (II). *Actualidad Penal*. 2 (27): 345-66.

77 Pociello V. Las reclamaciones y quejas de los usuarios: análisis, valoración y estudio de su influencia sobre la organización de los hospitales. *Hospital 2000*. 1987; 2 (299): 113-24.

78 Macklin R. Un caso de colisión de derechos: El poder obligar a un paciente a someterse a un tratamiento médico. *Folia Humanistica*. 1976; 14 (157): 19-48.

79 Lillo Espinosa JL. Problemas deontológicos en la asistencia psiquiátrica en una unidad de agudos. *Informaciones psiquiátricas*. 1993; (134): 434-42.

80 Cobreros Mendazona E. Notas acerca de los requisitos jurídicos de un eventual tratamiento obligatorio (a propósitos de los enfermos del sida). *Civitas*. 1988; (57): 59-69.

81 "El nuevo código deontológico rechaza la eutanasia y recoge el derecho a la intimidad del paciente". *El Médico*. 1990; (21-4): 15.

82 Gervás JJ. El derecho del paciente al acceso a su historia clínica. *Med Clín.* 1987; 89 (9): 398; Luna A, Osuna E. derecho del paciente al acceso a su historia clínica. *Med Clín.* 1987; 88 (2): 59-60.

83 BOE 29 abril 1986.

84 BOR 20 julio 1974.

85 "Transfusiones de sangre a Testigos de Jehová en España". *Cuadernos de Bioética.* 1994; (20). 392-3.

86 Devereux JA et al. Can children withhold consent to treatment. *BMJ.* 1993; 306: 1459-61.

87 Oficialmente se proscriben las transfusiones desde 1945 en un artículo en el *The Watchtower*, periódico oficial de los Testigos de Jehová (Saks DA et al. Caring for the female Jehovah's witness: Balancing medicine, ethics, and the first Amendment. *Am J Obstet Gynecol.* 1994. 170 (2): 452-5).

88 "Rechazo a las experiencias terapéuticas sobre pacientes en estado vegetativo crónico". *Jano* 1986; (726): 26-7.

89 Linares D et al. Problemas médico-legales por la negativa a la transfusión de los Testigos de Jehová. *Revista de Medicina Legal.* 1985; XII (44-45): 33-44.

90 "El Estado no ha de pagar terapias especiales a Testigos de Jehová". *Cuadernos de Bioética.* 1993; (15): 68.

91 "Transfusiones de sangre a Testigos de jehová en España". *Cuadernos de Bioética.* 1994; 20 (4): 392-3.

92 Villalain Blanco JD. Los derechos del enfermo. *Cuadernos de Bioética.* 1995; (24): 460-72.

93 Romeo Casabona. CM. *Configuración sistemática de los derechos de los pacientes en el ámbito del derecho español*, pp. 171-98. En: "Jornadas sobre derechos del paciente". 1990. Insalud. Madrid.

94 TC Pleno Sentencia 212/1996 de 19 diciembre. *La Ley* 1997, 1330.

95 Cobreros Mendazona E. Notas acerca de los requisitos jurídicos de un eventual tratamiento sanitario obligatorio (a propósito de los enfermos del sida). *Civitas.* 1988; (57): 59-69.

96 Puyol González A. Igualdad y sistema sanitario. *Intervención psicosocial.* 1997; 6 (3): 301-9.

97 Gracia D. La relación médico-enfermo en España. Balance de los últimos veinticinco años. *Todo Hospital.* 1989; (diciembre): 23-26.