

# Comentarios a la ley 3/2001 de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica (VII)

Lamas Meilán, M.M.

Doctor en Derecho

CAD. ATEN. PRIMARIA 2003; 10: 184-190

## INTRODUCCIÓN

En el anterior artículo analizamos los siguientes aspectos:

1. Que el consentimiento del paciente debe presentarse antes del acto médico y ha de ser emitido libremente, esto es, sin vicios que lo invaliden. Nos decía Fraga Mandián (1), que la amenaza de que si el sujeto no consiente puede sufrir determinados daños directos o indirectos, físicos, psíquicos, económicos, etc. puede ser una forma de quebrar la voluntariedad. La amenaza de alta voluntaria puede ser utilizada a veces coactivamente por el personal sanitario y otro modo de violar la libertad de un paciente para decidir es mediante la manipulación de la información por parte del personal sanitario, presentándola sesgada de tal forma que escoja una determinada dirección, como por ejemplo minimizando los riesgos conocidos de una técnica u operación con el fin de inducir al paciente a prestar consentimiento.
2. La información ha de ser concreta: la firma de un documento de consentimiento preformado no garantiza que efectivamente se haya informado, si se considera vago o incorrecto (S.T.S.J. del País Vasco, de 18 de febrero de 1998, Sala de lo Contencioso Administrativo).
3. Distinguimos dos aspectos de la información médica: la información terapéutica y la información como requisito del consentimiento en su fase de adhesión al tratamiento prescrito. Nos decía Lafarga i Traver (2), que la primera es presupuesto de validez del consentimiento del paciente para los actos e intervenciones clínicas de que éste pueda ser objeto (consentimiento informado): la segunda es aquella que va dirigida a asegurar la cooperación óptima del paciente (o de terceros) en el marco del tratamiento médico y persiste obtener del paciente la colaboración necesaria para el éxito curativo del tratamiento, y preservarle así de los posibles efectos lesivos que se puedan derivar del mismo.

A continuación retomamos el comentario de nuestra Ley.

Tras la reciente entrada en vigor, el 16 de mayo, de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones (norma estatal), haremos las siguientes puntualizaciones:

1. Es una Ley Básica, en la totalidad de su articulado, cuya condición aparece expresamente señalada en su Disposición Adicional Primera, en conformidad con el artículo 149.1.1ª y 16ª de la Constitución. El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta ley.
2. Lo anterior significa que de surgir conflictos con las leyes autonómicas que regulan sobre la misma materia prevalecerá la norma estatal. Las Comunidades Autónomas que ya habían legislado en estas materias (Cataluña, Galicia, Extremadura, Aragón, La Rioja, Navarra, País Vasco y Valencia) muchas de ellas tendrán que modificar algunos aspectos de su legislación para acomodarse a la normativa estatal. Así entre otras, la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid regula el derecho de acceso del paciente a su historia clínica como un derecho sin límites (art. 27.7), cuando en la Ley Básica este derecho no puede ejercerse en perjuicio de terceros ni en contra del derecho de reserva de los profesionales a sus anotaciones subjetivas (art. 18.3). También nuestra Ley Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes sólo permite el acceso del paciente a parte de los documentos que forman la historia clínica (art. 19.1), cuando la Ley Básica no restringe el acceso a ningún documento (18.1).
3. Para Sánchez Caro (3), uno de los padres de esta Ley, lo anterior se justifica ya que una ley básica significa que el Estado ejerce su competencia, y al ejercer su competencia significa que ninguna de las Comunidades puede frontalmente chocar con ella, porque en la jerarquía que establece nuestra Constitución en las leyes, las leyes de las Comunidades Autónomas pueden desarrollar legítimamente y hay muchísimo campo para ello, las leyes básicas, pero no contravenirlas, de manera que si hubiese un conflicto entre una ley autonómica y la ley básica del Estado todos sabemos como se resuelve ese conflicto. Se resolvería a favor de la ley del Estado, sin ningún género de dudas. Es legítimo entender que cuan-



do el Estado la ejerce después, en las Comunidades Autónomas no tienen más remedio que acomodarse y no todas se acomodan en "todos los aspectos" a lo que dice la ley básica del Estado. Para este autor, no debemos olvidar que todo esto proviene de un documento de expertos que se elaboró en su día en la comisión correspondiente del Ministerio de Sanidad y por tanto había ya un gran documento de consenso sobre cuya planta se han realizado la mayor parte de las leyes de las Comunidades Autónomas.

4. La Generalidad de Cataluña ha decidido promover un recurso de inconstitucionalidad contra la ley 41/2002, por el carácter básico que otorga la Disposición Adicional Primera a la totalidad de su articulado, según anunció en el IV Congreso de Responsabilidad Sanitaria Eugeni Sedano (4), Director General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad de Cataluña. El ponente manifestó que algunos artículos de la ley no deben tener carácter de básico porque restringen la libertad de organización de los centros sanitarios por las peculiaridades autonómicas. Así la previsión de que el archivo y custodia de las historias clínicas deba hacerse en las Unidades de Admisión, resulta inaccesible según Sedano ya que éstas no existen en algunos hospitales de Cataluña.
5. A continuación recogemos algunos párrafos de la Sentencia Tribunal Constitucional núm. 69/1988 (Pleno), de 19 de abril, conflicto positivo de competencia núm. 66/1984 ..... Los arts. 148 y 149 de la Constitución, y los preceptos estatutarios de asunción de competencias que los concretan en relación con cada Comunidad Autónoma establecen un delicado sistema de distribución competencial, cuya equilibrada aplicación se hace especialmente difícil en los supuestos en que las competencias legislativas autonómicas entran en concurrencia con las que al Estado corresponden para definir el marco básico dentro del cual deben aquellas ejercitarse, pues la atribución de competencias que puedan alterar el sistema constitucional y estatutario, tienen por objeto delimitar, con alcance general, el espacio normativo al que las CC.AA. deben circunscribirse cuando ejercitan en defensa de sus intereses peculiares, las competencias propias que tengan en relación con la materia que resulte delimitada por dichas normas básicas.  
.....La función de defensa del sistema de distribución de competencias que a este Tribunal confiere los arts.

161.1c) de las Constitución y 59 de su Ley Orgánica tiene que venir orientada por dos esenciales finalidades: procurar que la definición de lo básico no quede a la libre disposición del Estado en evitación de que puedan dejarse sin contenido o inconstitucionalmente cercenadas las competencias autonómicas y velar porque el cierre del sistema no se mantenga en la anbigüedad permanente que supondría reconocer al Estado facultad par oponer sorpresivamente a las Comunidades Autónomas como norma básica, cualquier clase de precepto legal o reglamentario, al margen de cual sea su rango y estructura.

**A información deberá incluir:**

**Riscos frecuentes**

**Riscos pouco frecuentes, cando sexan de especial gravidade e estean asociados ó procedemento de acordo co estado da ciencia.**

**Riscos personalizados de acordo coa situación clínica do paciente.**

Le corresponderá a las Sociedades Científicas, el cuantificar los diferentes riesgos que entrañe una determinada intervención, bien sea diagnóstica o terapéutica, con relación a las circunstancias específicas que reúne un determinado paciente. Para lo cual, los grupos de trabajo encargados de elaborar la información que figurará en los diferentes protocolos de consentimiento informado, deberán tener entre otras las siguientes consideraciones.

- A. Acudir a los diferentes estudios epidemiológicos que sobre esta materia hayan sido publicados.
- B. Valorar el llamado " factor de impacto " del medio en que se realizó la publicación. Ya que esto nos indicará no solo la mayor o menor divulgación del mismo, sino también el riguroso sistema de evaluación científica del trabajo en sí mismo.
- C. Lo anterior, nos llevará a una actualización constante de la información que acompañe a los protocolos de consentimiento informado.

Nos dice el Profesor Sánchez Caro (5), que el documento deberá ser objeto de confección hospitalaria por servicios; organizado y liderado por los órganos médicos de los propios centros y bajo los auspicios de los informes de las sociedades científicas. Estas últimas tienen un papel importantísimo en la vertebración del consentimiento informado toda vez que determinar cuales son los riesgos típicos, deberá ser abordado por la ciencia médica y no por la jurídica.

Yacquelyn Ann K. Kegley (6), (Presidenta del Instituto de Ética de la Universidad de California), plantea la necesi-



dad de desarrollar nuevas formas para el consentimiento informado puesto que los avances científicos van a exigir al médico comunicar datos hasta ahora inexistentes como puede ser la posibilidad de que en el futuro pueda padecer alguna enfermedad genética. La importancia de la información genética debe ser también comprendida por las mujeres embarazadas entre las que los estudios existentes muestran la existencia de gran rechazo al sometimiento a estudios genéticos. La profesora opina que cuando el rechazo a los estudios genéticos ponga en peligro al feto, la mujer debería ser inculpada. Los estudios genéticos pueden aportar datos muy importantes, incluidos los realizados sobre fetos, y de hecho, en la literatura de Estados Unidos pueden encontrarse casos de demandas por no consentir información genética. Deberán introducirse cambios en la educación del médico ante la aparición de nuevas tecnologías y de la información genética sin olvidarnos de que la educación del médico es un imperativo ético.

**Artigo 9. - Responsabilidade da información previa ó consentimiento.**

**A obriga de informar incúmbelle ó médico designado polo establecemento sanitario para a atención do paciente, sen prexuízo da que lles corresponda a tódolos profesionais dentro do ámbito da súa intervención.**

El médico que informa no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente. Si bien lo ideal sería que ambas tareas, en la medida de lo posible, recayesen en la misma persona ya que esto último posibilitaría una mayor interacción entre médico y paciente.

Theodore R. Leblang (7), de la Escuela Universitaria del Sur de Illinois, nos comenta que todos los alumnos deben estudiar obligatoriamente humanidades y ética durante cuatro semanas divididas en dos partes. En la primera parte, que se imparte en el tercer año de estudio, se habla del consentimiento informado, de la atención psicosocial, y se realizan prácticas con pacientes simulados que se han relevado como muy didácticas y de gran utilidad para el futuro profesional de los médicos. La Universidad contrata a unos actores que están preparados para proponer al alumno un caso delicado y forzarle a ofrecer soluciones acordes con la ética profesional. Las clases se graban y posteriormente el alumno analiza en una clase con el profesor los aspectos médico legales pertinentes.

**Artigo 10. – Contido do documento formulario.**

**1. O documento de consentimiento informado deberá conter, ademais da información do procedemento diag-**

**nosfco ou terapéutico á que se refiere o artigo anterior, os seguintes datos mínimos:**

- Identificación do centro.
- Identificación do procedemento.
- Identificación do paciente, representante legal, familiar ou achegado que presta o consentimiento.
- Identificación do médico que informa.
- Consentimento do paciente ou do familiar, achegado ou representante legal que autoriza.
- Declaración do paciente de que coñece que o consentimiento pode ser revogado en calquera momento sen expresión da causa da revogación.
- Lugar e data.
- Sinatura do médico, paciente, familiar, representante legal ou persoa a el achegada.

**2. No documento de consentimiento informado quedará constancia de que o paciente ou a persoa destinataria da información recibe unha copia do dito documento e de que comprendeu axeitadamente a información.**

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la sesión plenaria de 6 de noviembre de 1995, acordó que en todo documento escrito específico de consentimiento informado deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios:

- Datos personales del paciente.
- Nombre y apellidos del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente.
- Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.
- Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia, como por ejemplo, la pérdida de un miembro.
- Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. Se entiende por tales aquéllos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen también aquéllos que, siendo infrecuentes pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.
- Descripción de los riesgos personalizados. Deben entenderse por éstos los que están relacionados con las circunstancias personales de los pacientes y hacen referencia al estado previo de salud, a la edad, a la pro-



- fesión, a las creencias, valores y actitudes de los pacientes, o a cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza.
- A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.
  - Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente participe, si así lo desea, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias.
  - Manifestación del paciente acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento.
  - Fecha y firmas del médico que informa y del paciente
  - Apartado para el consentimiento a través del representante legal en caso de incapacidad del paciente.
  - Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.

A continuación reproducimos lo manifestado por el Dr. José Zamarriego Crespo (Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid), en las Jornadas de la Responsabilidad Civil y Penal de los médicos celebradas en Madrid el 8 y 9 de abril de 1999, Tablas 1,2,3.

Características generales que debe cumplir el documento:

- I. Debe ser individualizado a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En cada especialidad, se puede considerar un conjunto de 25-35 documentos como los necesarios para cubrir la gran mayoría, más del 90%, de todos los actos que requieren de ese tipo de consentimiento.
- II. Características:
  - Breve (en ningún caso debe exceder a una hoja por sus dos caras).
  - Lenguaje claro (de fácil entendimiento para el paciente. Evitar tecnicismos).
  - Clarificador y no asustante.
  - Descripción breve y clara del procedimiento.
  - Enfatizar los beneficios del tratamiento.
  - Evitar riesgos y alternativas no probadas o de rendimiento no satisfactorio a juicio del facultativo.

- Ordenar el riesgo de menos a más con alguna calificación respecto a su frecuencia o excepcionalidad.
- Evitar, en general, los porcentajes.
- Autorización a cambiar el procedimiento aconsejado, según el mejor criterio de facultativo, en caso de imprevistos.
- Dejar constancia de la posibilidad de ampliación oral en la información (perjuicios probables de no realizarse el procedimiento propuesto, etc.) y de la posibilidad de retractación en la autorización.
- Añadir apartado para "Observaciones" con espacio suficiente para especificar lo que se estime oportuno, después de la conversación en con el paciente.

El Documento constará de 3 partes fundamentales:

- Preámbulo puede ser común a todos los documentos.
- Cuerpo
- Epílogo (puede ser común a todos los documentos).

TABLA 1

Preambulo del documento donde se hace constar el consentimiento informado

Escrito

Motivación del documento

Identificación del paciente

Identificación del representante

Aceptación de la información

Identificación del facultativo informante

Autorización del procedimiento

Identificación del facultativo autorizado

Identificación del procedimiento autorizado

En lo que se refiere al contenido del documento nuestra Ley es más completa que la Ley Catalana de 29 de diciembre de 2000, ya que esta última tan solo establece en su artículo 6 apartado 3: *que el documento de consentimiento debe ser específico para cada supuesto, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Dicho documento debe contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sobre sus riesgos.* La Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica de la Comunidad Autónoma de Navarra reproduce textualmente el articulado catalán. El primer texto legal en el ámbito nacional que regula el derecho a la información de los pacientes, el consentimiento informado y la historia clínica lo constituye la Ley 41/ 2002, del 14 de noviembre,



TABLA 2

Cuerpo del documento donde se hace constar el consentimiento informado

## Escrito

Descripción del procedimiento propuesto

Beneficios que cabe esperar

Riesgos que se seguirán de no consentir

Riesgos posibles – probables – seguros

Riesgos habituales – excepcionales

Alternativas lógicas

Modificación ad hoc (hospital)

Espacio para modificaciones específicas (paciente)

Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuya entrada en vigor data del 16 de mayo de 2003, si bien a la hora de regular el contenido del documento lo hace en idénticos términos a la Ley Catalana. Menos explícitas que las anteriores son la Ley 12/ 2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y la Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de la Illes Balears, en las que no se hace ninguna referencia al contenido del documento.

Señala Martínez-Pereda (8), que no podemos quejarnos de la carencia o escasez de normas, al contrario, tal hipertrofia normativa puede tener efectos desfavorables y convertir el ordenamiento sanitario español en verdadera "Torre de Babel".

Nos dice Palomares (9), que por lo general, se ha venido defendiendo el principio de libertad de forma, pero lo cierto es que la progresiva judicialización y conflictividad que

TABLA 3

Epílogo del documento donde se hace constar el consentimiento informado

## Escrito

Declaración de la comprensión

Declaración de aclaración de dudas

Declaración de satisfacción por la información recibida

Otorgamiento de consentimiento específico

Otorgamiento de consentimiento específico

Posibilidad de revocamientos del consentimiento otorgado

Declaración de haber leído el documento

Fecha y firmas del original (Se entrega copia)

Firma del paciente (O representante legal) D.N.I.

Firma del médico responsable de la información nº de colegiado

Firma del testigo y D.N.I. (Si el paciente niega su firma).

en los últimos años se ha generado en las relaciones médico-paciente, obliga a disponer de un medio probatorio con el que justificar una actuación profesional correcta, que ha debido comenzar con una información adecuada a la intervención. Así se ha pronunciado la jurisprudencia en diversas sentencias, tales como la de 4 de abril de 2000 recaída en la Sala Tercera del Tribunal Supremo, Sección 6ª en el recurso de casación número 8.065/1995, al indicar que en el ámbito de la sanidad, se pone cada vez mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad. Por ello, hace tiempo que ésta ha sido una preocupación fundamental de los profesionales de la medicina, por la necesidad de establecer y de desarrollar un sistema documental que permita asegurar que ha existido el consentimiento informado de los pacientes, evitando que, ante una presunta actuación contraria a este derecho específico, el médico no tenga un medio de acreditar que el paciente quedó debidamente informado de la intervención a la que iba a ser sometido. En muchas especialidades médicas se ha ido elaborando formularios en los que recogen el consentimiento del paciente ante una intervención médica, adaptados a cuantas peculiaridades pudieran definir aquella actuación.

Por último, destacar lo señalado por Fraga Mandián (10), cuando nos dice que los protocolos de consentimiento informado obviamente no constituyen una patente de corso para el médico de tal modo y manera que será la actuación médica con arreglo a la pericia exigible en cada caso la que sirva de base para juzgar su actuación, toda vez que la obligación de medios que asume el facultativo consta de varios elementos que han de concurrir, a saber, la utilización de los métodos conocidos por la ciencia médica actual en relación con un enfermo concreto, la información al paciente y la continuación de los servicios hasta la consecución del alta; de tal modo y manera que el cumplimiento de cualquiera de ellos no exime de responsabilidad si no se cumplen los restantes. En este sentido y a modo de recordatorio podemos citar la SAP de Valencia, Sección 7ª, de 16 de junio de 1998, estableciendo que *..... por lo que respeta al consentimiento de la víctima, como causa excluyente de responsabilidad del médico, hay que tener presente que tal consentimiento sólo es causa de exculpación de los daños inherentes a la intervención quirúrgica, de los que la paciente haya sido informada adecuada-*



mente antes de consentir esa intervención, y siempre que tales daños no haya sido causados por una actuación u omisión negligente, puesto que es evidente que ese consentimiento no proporciona patente de corso al médico, sino que es la actuación con arreglo a la *lex artis ad hoc* la que debe servir para decidir sobre la responsabilidad o no de médico. Y en este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de noviembre de 2001, en donde se establece que "el riesgo estadístico de complicaciones de una determinada intervención quirúrgica, no es e excluyente de la responsabilidad del cirujano fundada en la culpa o negligencia apreciada en su actividad, ya que la estadística no discrimina la proporción que dentro de este porcentaje es en realidad imputable a una deficiente aplicación de la técnica". En el mismo sentido la Sentencia, de 10 de mayo de 2002, de la Audiencia Provincial de Pontevedra (responsabilidad por mala praxis en cirugía estética) cuando establece que el consentimiento informado prestado por la paciente y conocimiento del riesgo asociado de retracción capsular en un 28% a que alude el demandado como causa excluyente de su responsabilidad, no supone renuncia a obtener un resultado satisfactorio, mediante la intervención quirúrgica convenida, ni excluye la responsabilidad del cirujano por tan defectuoso resultado, más tratándose de un contrato de obra.

**Artigo 11.- Excepciones e límites do consentimiento informado.**  
Non será preciso o consentimiento previo do paciente nos seguintes casos:

- a) Cando a non intervención supoña un risco para a saúde pública e así se declare expresamente por acordo do delegado provincial da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais ou do director xeral de Saúde Pública se afectase máis dunha provincial.  
Unha vez adoptadas as medidas oportunas, de conformidade co establecido na Lei Orgánica 3/1986, do 14 de abril, de medidas especiais en materia de saúde pública, deberanlle ser comunicadas á autoridade xudicial no prazo máximo de vinte e catro horas cando supoñan o internamento obrigatorio das persoas.
- b) Cando non estea capacitado para tomar decisións, e non existan familiares, persoas achegadas ou representante legal, ou estes últimos se negasen inxustificadamente a prestalo de xeito que ocasionen un risco grave para a saúde do paciente e sempre que se deixe constancia por escrito destas circunstancias.
- c) Cando a urxencia non permita demoras por poder ocasionar lesións irreversibles ou existir risco de falecemento.

- d) Cando o paciente manifestase expresamente o seu desexo de non ser informado. Neste suposto, deberá respectarse a súa vontade e, sen prexuízo de obte-lo consentimiento previo para a intervención, farase constar esta circunstancia no historial clínico coa sinatura do médico informante e dunha testemuña.

**Cando a non intervención supoña un risco para a saúde pública e así se declare .....**

La Ley Básica 41/2002 regula este apartado de forma idéntica a nuestra Ley Autonómica, de ahí que en este aspecto no tengamos que acomodarnos a la normativa estatal.

Esta excepción, se refiere a los supuestos de los arts. 2 y 3 de la L.O. 3/1986 de 14 de abril de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, que dispone:

Art 2: Las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se ha desarrollado una actividad.

Art 3: Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, a autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y el medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

Para Abellán (11), conviene recordar que el Convenio de Oviedo admite la posibilidad de otro tipo de restricciones a algunos de los derechos que proclama (entre los que se encuentran los derechos de información, intimidad y consentimiento informado), no directamente apoyadas en razones sanitarias, sino en motivos de seguridad pública, prevención de las infracciones penales y protección de los derechos y libertades de las demás personas (art. 26 del Convenio de Oviedo).

Constituye esta excepción a la exigencia del consentimiento en otorgar preferencia a la salud colectiva sobre la libertad individual en los supuestos legitimados por razones sanitarias, en las que si se produjera el internamiento obligatorio deberán se sometidas a conocimiento y control de la autoridad judicial en un plazo máximo de tan solo 24 horas.

Nos detendremos aquí para seguir analizando en el próximo artículo otros aspectos de nuestra Ley.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fraga Mandian, A; Lamas Meilán, M.M. El Consentimiento Informado (el consentimiento del paciente en la actividad médico-quirúrgica). Pontevedra: Revista Xurídica Galega, 1999.
2. Lafarga i Traver, J.L. La información sanitaria: Análisis valoración y propuesta. En: Información y documentación clínica, C.G.P.J. y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997: 691-695.
3. Sánchez Caro, J. Novedades de la ley de información clínica: análisis, futuro y desarrollo autonómico. Actualidad del Derecho Sanitario, 2003, 93: 313 – 321.
4. Sedano, E. Recurso de inconstitucionalidad contra la Ley 41/2002. En: IV Congreso de Responsabilidad Sanitaria. Madrid, 26 y 27 de febrero de 2003. Instituto de Fomento Sanitario y Actualidad del Derecho Sanitario, 2003: 224 – 240.
5. Sánchez Caro, J. Derechos y Deberes de los pacientes. Estudio especial del consentimiento informado. Acceso a los archivos de centros sanitarios. En Juane Sánchez, M. Coord. Lecciones de Derecho Sanitario. A Coruña: Universidad de A Coruña, 1999: 183 – 208.
6. Ann K. Kegley, J. Bioética y Derecho. En IX Congreso de Derecho Sanitario. Madrid, 17, 18 y 19 de octubre de 2002. Asociación Española de Derecho Sanitario.
7. Lebrang R, TH. Investigación y Derecho Fundamentales. En: IX Congreso de Derecho Sanitario. Madrid, 17, 18 y 19 de octubre de 2002.
8. Martínez-Pereda Rodríguez, JM. El consentimiento informado en atención primaria: cuando pedirlo, sus limitaciones y su importancia en los procesos. Actualidad del Derecho Sanitario, 2002, 89: 889 – 899.
9. Palomares Bayon, M. El Consentimiento Informado en la práctica médica y el testamento vital. Madrid: Comares, 2002.
10. Fraga Mandian, A; Lamas Meilán, M.M. El Consentimiento Informado (el consentimiento del paciente en la actividad médico-quirúrgica). Pontevedra: Revista Xurídica Galega, 1999.
11. Sánchez Caro, J; Abellan, F. Derechos y deberes de los pacientes (Ley 41/2002 de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas). Granada: Comares, 2003.