

Informe Jurídico Sobre Los Contenidos De La Ley 41/2002 De 14 De Noviembre, Básica Y Reguladora De La Autonomía Del Paciente Y De Los Derechos Y Obligaciones En Materia De Información Y Documentación Clínica.

Se elabora el presente Informe a solicitud de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Huesca.

La Ley se ha publicado en el BOE nº 274 de 15 de Noviembre de 2002 y su entrada en vigor es el DÍA 15 DE MAYO DE 2003.

Tiene el carácter de básica, lo que quiere decir que prevalece sobre cualquier legislación autonómica que pudiera existir, sobre idéntica materia, al momento de su entrada en vigor y deroga la normativa anterior. Igualmente obliga a las Comunidades Autónomas a adoptar las medidas necesarias para adaptarse a ella (D.A. 1ª).

Quedan a salvo los casos de investigación médica, extracción y transplante de órganos y de aplicación de técnicas de reproducción asistida en los que será de aplicación supletoria (D.A. 2ª).

El informe de alta del paciente, seguirá rigiéndose por su normativa actual, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de la presente Ley (D.T. única).

PRINCIPIOS GENERALES (Arts. 1 a 3)

El ámbito de aplicación de la Ley tiene por objeto la regulación de derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales y de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación, clínica. (Art.1)

Toda actuación en el ámbito de la sanidad, requiere Con carácter general, el consentimiento por escrito del paciente o usuario, una vez éste haya sido informado adecuadamente. Una vez informado el paciente tiene derecho a decidir. Puede negarse al tratamiento, con carácter general. La negativa deberá ser por escrito. El paciente o usuario debe informar sobre sus datos de salud, así como colaborar para su obtención. Todo profesional viene obligado al cumplimiento del deber de información y documentación clínica y respeto a las decisiones que voluntariamente tome el paciente. La persona que elabore la documentación está obligada a secreto. (Art.2)

Las deficiones legales de los términos empleados en la Ley vienen definidas en el artículo 3.

DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA (Arts. 4 a 6)

Todo paciente tiene derecho a información. Igualmente a no ser informado. La información quedará reflejada en la historia clínica y comprenderá como mínimo: la malidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. La información se dará de forma y vocabulario comprensibles para el paciente. El médico responsable del paciente garantiza que el paciente sea informado. (Art.4).

La información será recibida por el paciente. Si lo autoriza, podrán también ser informados los familiares y personas vinculadas de hecho. Incluso en caso de incapacidad mental, será informado, de acuerdo a sus necesidades y también su representante legal. Cuando, a criterio del médico, el paciente no pueda ser informado, por carecer de capacidad mental a causa de su estado, físico o psicológico, se informará a familiares y vinculados de hecho. Cuando el médico entienda que existe un estado de necesidad terapéutica (el conocimiento de su dolencia y técnicas a emplear puede agravar su estado), informará a familiares o vinculados de hecho y dejará clara y razonada constancia en la historia clínica. (Art. 5)

Con la expresión "personas vinculadas de hecho" entiendo que la Ley quiere referirse a parejas de hecho e incluso amigos.

Cuando exista riesgo epidemiológico, los ciudadanos informados deben ser mediante la difusión pública de la información.(Art.6).

DERECHO A LA INTIMIDAD (ART.7)

Toda persona tiene derecho a la intimidad de sus datos médicos, salvo los casos previstos en la Ley. Los centros sanitarios deberán adoptar las medidas necesarias para ello. (Art. 7).

EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE (Arts. 8 a 13)

El consentimiento del paciente será verbal, salvo para casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El paciente puede revocar por escrito su consentimiento en cualquier momento. (Art.8).

La renuncia del paciente a recibir información viene limitada por el interés de su salud, de la salud de terceros, de la colectividad y de las exigencias terapéuticas del caso. En caso de renuncia a la información, se documentará, pero se obtendrá por escrito el consentimiento previo para la intervención.

Se podrá omitir el consentimiento:

1. Por riesgo para la salud pública y se pondrá en conocimiento del Juez.
2. Por riesgo inmediato grave para la salud integral del paciente. Se procurará el consentimiento de familiares o personas vinculas de hecho.

Se otorgará el consentimiento por representación:

1. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones
2. Cuando esté incapacitado legalmente.
3. Cuando sea menor de edad y no pueda entender el alcance de la intervención. Dará el consentimiento su representante legal. Si el menor es mayor de 12 años se escuchará su opinión.

Cuando se trate de menores emancipados mayores de 16 años, el consentimiento por representación no es válido. No obstante y a criterio del médico, si la situación es grave serán informados los padres y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión.

En casos de interrupción de embarazo, reproducción asistida y ensayos clínicos, rige la mayoría de edad. (Art.9).

Antes de solicitar el consentimiento escrito el médico informará ai paciente sobre:

1. Las consecuencias relevantes o de importancia.
2. Los riesgos.
3. Las contraindicaciones.

El Médico ponderará en cada caso y ante el dudoso resultado de la intervención la necesidad del previo consentimiento por escrito del paciente. (Art.10)

Toda persona capaz y mayor de edad puede redactar un documento de "instrucciones previas" por si sus facultades no le dejan expresarse. En el mismo se contendrá su voluntad sobre cuidados, tratamiento y destino de su cuerpo a su fallecimiento. No se podrán expresar deseos en contra de ley o "lex artis". Puede igualmente designar un representante que sea interlocutor entre sus deseos escritos y los médicos; Existirá un archivo de instrucciones previas a nivel nacional. Cada centro de salud velará porque llegado el momento, se cumplan. (Art.11)

Cada servicio de salud, dispondrá de toda la información contenida en la presente Ley a disposición de los pacientes. (Art.12)

El paciente podrá elegir libremente médico, tanto en general como en especializada e igualmente centro sanitario, de conformidad con las condiciones que se establezcan en los servicios de salud correspondientes. (Art.13).

LA HISTORIA CLÍNICA (Arts. 14 a 19)

La historia clínica contendrá como mínimo:

- a. Documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- b. La autorización del ingreso.
- c. El informe de urgencia.
- d. La anamnesis y la exploración física.
- e. La evolución.
- f. Las órdenes médicas.
- g. La hoja de interconsulta.
- h. Los informes de exploraciones complementarias.
- i. El consentimiento informado.
- j. El informe de anestesia.
- k. El informe de quirófano o parto.
- l. El informe de anatomía patológica.
- m. La evolución o planificación de cuidados de enfermería.
- n. La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ. El gráfico de constantes.
- o. El informe médico de alta.

Los párrafos b) c) i) k) l) ñ) y o) sólo en procesos de hospitalización.

La historia clínica es responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella. Es un instrumento destinado a garantizar la asistencia adecuada al paciente.

El acceso a la misma es restringido al personal que la maneja. Con [mes judiciales, epidemiológicos, de salud pública de investigación y docencia, se pueden facilitar, excluyendo toda identificación del paciente, salvo que éste consienta. En investigaciones judiciales se estará a lo que los jueces dispongan.

El personal que acceda a las historias, tiene secreto profesional.

Los centros sanitarios tiene obligación de custodia de la historia clínica, durante 5 años, desde el alta médica.

Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de forma individual son responsables de la gestión y custodia de la historia clínica.

El paciente tiene derecho al acceso a su historia clínica, con las reservas del arto 3. Dicho derecho no puede ejercitarse para perjudicar a terceras personas o a los profesionales intervinientes en la elaboración de la misma los cuales pueden alegar la reserva de sus

anotaciones subjetivas.

Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual, facilitarán la historia clínica del paciente fallecido a sus familiares o personas vinculadas de hecho, siempre que el fallecido no lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite. No se facilitarán los datos que afecten a la intimidad del fallecido, ni anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudiquen a terceros. (Arts. 14 a 19).

INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (Arts. 20 a 23)

Todo paciente, familiar o persona vinculada de hecho, tiene derecho a un informe de alta, finalizado el proceso asistencial, que contendrá como mínimo los datos consignados en el arto 3 (datos del enfermo, resumen de historia clínica, actividad asistencial prestada, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas). Las demás características a contener se determinarán por las Administraciones Autonómicas.

En caso de no aceptar el tratamiento, se propondrá al paciente el alta voluntaria. Si no la firma el centro sanitario, oído el facultativo dispondrá el alta forzosa. Si no se acepta el tratamiento, ello no dará lugar al alta forzosa, siempre que existan tratamientos alternativos paliativos, siempre que se presten en el centro sanitario y el paciente los acepte. Todo ello quedará documentado en la historia clínica.

En caso de persistir la negativa del paciente, se pondrá en conocimiento del Juez.

Los profesionales sanitarios tienen obligación de cumplimentar toda la documentación administrativa, protocolaria, estadística, etc necesaria para el tratamiento de un paciente. (Arts. 20 a 23).

No obstante, el presente informe se reduce a resumir o extractar el contenido de la letra de la Ley. Habrá que esperar a su Reglamento y sobre todo puesta en práctica, a fin de que comience a existir jurisprudencia.