

ARTÍCULO

La garantía institucional de la autonomía del paciente

**The institutional protection of the patient's right to
autonomy**

LAURA DÍEZ BUESO*

Fecha de recepción: 2 agosto 2011

Fecha de aceptación: 10 septiembre 2011

* Dra. Laura Díez Bueso. Profesora titular de Derecho Constitucional Universidad de Barcelona, España.
lauradiez@ub.edu

Índice

- I. Los Defensores del Pueblo como garantes de la autonomía del paciente
- II. Quejas y actuaciones de oficio relativas a la autonomía del paciente
 - 1. Un enfoque global: el consentimiento informado y la prescripción de la llamada 'píldora del día después'
 - 2. Contenido del documento
 - 3. Prestación del consentimiento en caso de incapacidad
 - 4. ¿Límites al consentimiento? Los Testigos de Jehová
- III. Conclusiones

Resumen

Los Defensores del Pueblo han recibido un número considerable de quejas sobre el derecho a la autonomía del paciente, relativas al contenido del documento de consentimiento; a la definición precisa de sus titulares; a los casos donde no es posible recabar el consentimiento; y a los límites del derecho. Generalmente, las denuncias han derivado de una ausencia de conocimiento por parte de la administración de cuáles son sus obligaciones o de una falta de adaptación de sus estructuras y de sus métodos a los nuevos requerimientos del derecho. Estas denuncias han sido realizadas, no sólo por los sujetos directamente afectados, sino también por parte de los propios profesionales sanitarios. A partir de estas reclamaciones, los Defensores del Pueblo han realizado diversas recomendaciones a los poderes públicos para avanzar en la garantía del derecho a la autonomía del paciente, constituyéndose en una valiosa pieza en su actual configuración.

Palabras clave: Ombudsman-Defensor del Pueblo, derecho a la autonomía del paciente, derechos fundamentales, derecho a la intimidad, actuación administración pública.

Abstract

Ombudsmen in Spain have received a large number of complaints concerning the patient's right to autonomy. These complaints regard the informed consent's document; the nature of the document he/she is required to sign; the precise definition of who should sign the document; cases in which consent cannot be obtained; and the limits of the right. Generally, the complaints have arisen due to the authorities' ignorance of their obligations under the new requirements of the law, or to the unsuitability of the official structures and methods used to deal with the new legislation. These complaints have been lodged both by patients and family members and by health professionals. In response to these complaints, the Ombudsmen have made a series of recommendations to the authorities in order to help guarantee the patient's right to autonomy. These recommendations have played an important role in its current configuration.

Key words: Ombudsman, patient's right to autonomy, fundamental rights, right to privacy public administration action.

I. Los Defensores del Pueblo como garantes de la autonomía del paciente

Pese a los múltiples estudios doctrinales y debates suscitados en torno a la autonomía del paciente, lo cierto es que se trata de un derecho de muy reciente configuración. En este sentido, no hay más que realizar un breve repaso a su regulación positiva: la Ley General de Sanidad de 1986 sólo concibió el derecho de forma genérica¹ y no fue hasta 1997, con la aprobación del conocido como Convenio de Oviedo, cuando se reconoció explícitamente que “una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias”². Tras la incorporación de este derecho a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000³, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica abordó ya decididamente su regulación.

Resulta interesante constatar cómo esta última Ley no relaciona de forma directa la autonomía del paciente con el derecho a la integridad física y moral recogido en el artículo 15 de la Constitución Española, del cual deriva directamente tal y como el Tribunal Constitucional se ha ocupado de reseñar en jurisprudencia constante⁴. Siguiendo la tónica iniciada con la Ley General de Sanidad de 1986, que en su momento respondía a la incipiente consciencia del derecho a la autodeterminación del paciente, la Ley de 2002 conecta la autonomía del paciente con el derecho a la salud en lugar de hacerlo con el derecho a la integridad personal.

Este dato resulta relevante por sí mismo, pero también es de interés desde la perspectiva de las garantías previstas para la autonomía del paciente. Como es sabido, los derechos que, como la integridad física y moral, se reconocen en la sección primera del capítulo segundo del título primero de la Constitución disponen de una protección reforzada frente a los derechos que, como la salud, se encuentran en el capítulo tercero del mismo título. En este sentido, la protección de los primeros generalmente se canaliza a través de los tribunales de justicia, ante los que pueden interponerse recursos preferentes y sumarios y, en última instancia, a través del Tribunal Constitucional mediante recursos de amparo. Por el contrario, no resulta habitual que los derechos de la sección primera sean objeto de especial atención por parte de instituciones como el Defensor del Pueblo, pues se trata ésta

1 La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se refería a la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud respetara escrupulosamente la libertad individual del usuario.

2 Se trata del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la biomedicina, firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997. La citada es la regla general, recogida en el primer artículo del Convenio.

3 Concretamente en el tercer artículo de esta Carta, aprobada en Niza el 7 de diciembre de 2000, donde se obliga a respetar el consentimiento libre e informado de todas las personas.

4 Existen ya un número considerable de Sentencias del Tribunal Constitucional que, de una forma más o menos directa, aborda el derecho a la autonomía del paciente. De entre ellas, destaca una reciente, la STC 37/2011, que de forma sistemática e integradora define claramente el contenido y los límites de este derecho.

de una garantía institucional dirigida principalmente a la protección de los derechos reconocidos en el capítulo tercero, como el derecho a la salud.

Si aplicamos el sistema constitucionalmente descrito, el derecho a la autonomía del paciente, al encontrarse englobado dentro del derecho a la integridad personal, debería principalmente hallar protección en los tribunales de justicia y mantenerse lejos de las oficinas de los Defensores del Pueblo. En cambio, la práctica nos revela que estas instituciones se han dedicado de forma especial a la garantía de la autonomía del paciente, pese a que raramente se centran en la protección de los derechos de la sección primera. ¿Qué motivos pueden justificar esta excepción a la regla general? Las razones resultan comprensibles si atendemos, tanto a la configuración del derecho a la autonomía del paciente, como a la conformación de la institución del Defensor del Pueblo como garantía institucional de los derechos del título I.

La autodeterminación en materia de salud concede una posición activa al paciente respecto de su integridad física y psíquica, ofreciéndole la posibilidad de intervenir en su proceso vital. Esta circunstancia afecta de forma directa a sus relaciones con el médico, obligando a éste a ofrecerle la información precisa para el ejercicio del derecho y a respetar (con ciertos límites) sus decisiones. Así pues, se trata de una reciente perspectiva de la relación paciente-médico que se manifiesta de forma creciente en el ámbito de la sanidad pública y, por ello, tiene llegada a las oficinas de los Defensores estatal y autonómicos. Es más, éste todavía novedoso vínculo hace que se planteen ante el Defensor nuevos interrogantes sobre cómo configurar el derecho a la autonomía del paciente y sobre cómo proteger, no sólo a éste frente a la administración sanitaria, sino también al personal médico, ofreciéndole pautas de conducta que permitan conocer de antemano la forma de actuar adecuada ante cada contingencia.

De este modo, si se efectúa un repaso de las actuaciones llevadas a cabo por los distintos Defensores, se constata que han sido partícipes de las nuevas problemáticas surgidas en torno a este derecho y que han cumplido con su función de ofrecer respuestas concretas a los retos que plantea el derecho a la autonomía del paciente. Seguidamente, se recoge una selección de las principales actuaciones desarrolladas, que muestran los conflictos concretos que han llegado a estas instituciones en relación con este derecho; la manera de abordar estos temas por parte de las Defensorías; y, finalmente, las recomendaciones que han propuesto como forma de avanzar en la configuración del derecho.

Como se ha señalado, cabe resaltar que no se trata de una recopilación exhaustiva de quejas y actuaciones de oficio, sino de un compendio selectivo de las que se han considerado más significativas desde el punto de vista de la problemática actual del derecho a la autonomía del paciente. A ello cabe añadir que, en los casos que seguidamente se exponen, no se juzga la oportunidad de las recomendaciones de los Defensores del Pueblo, sino que se recogen las principales sugerencias propuestas a la administración tal y como se han emitido desde las instituciones con la intención de dar a conocer, no sólo las problemáticas planteadas, sino también el modo de hacer frente a las mismas por parte de las Defensorías.

II. Quejas y actuaciones de oficio relativas a la autonomía del paciente

1. Un enfoque global: el consentimiento informado y la prescripción de la llamada ‘píldora del día después’

Comenzamos por un Informe elaborado por el Justicia de Aragón en el año 2006 sobre el consentimiento informado y la prescripción a menores de la llamada ‘píldora del día después’. El motivo de iniciar el relato sobre la defensa de la autonomía del paciente por parte de los Defensores abordando el análisis de este Informe se justifica en que se trata de una de las actuaciones más completas llevadas a cabo por estas instituciones relativas a este derecho que, además, aborda de forma omnicomprendensiva el tema de la autonomía del paciente, analizando de una vez aspectos diversos que van desde el contenido de la información hasta la capacidad para consentir⁵.

El Ministerio de Sanidad y Consumo autorizó en 2005 la comercialización sin prescripción médica del fármaco Levonorgestrel, con el objetivo de prevenir embarazos no deseados. Como consecuencia, la Consejería de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón dictó ese mismo año una Orden que regulaba la administración gratuita sin receta de la píldora postcoital en los centros sanitarios públicos. En esta norma se establecía que los centros autorizados asegurarían su dispensación de forma inmediata y en cualquier caso, estipulando asimismo el tipo de profesionales autorizados para administrarla y un sistema de información sobre las usuarias de la píldora.

Tras la aprobación de la citada Orden, el Defensor aragonés recibió más de dos mil quejas, mayoritariamente presentadas por ciudadanos pero también planteadas por asociaciones e incluso por parte de facultativos de la sanidad.

Los motivos que condujeron a un gran número de ciudadanos y también a las asociaciones a dirigirse al Justicia de Aragón giraban en torno a dos cuestiones: en primer lugar, denunciaban que la normativa no regulara la necesidad del consentimiento de los padres; y, en segundo, exigían que se informara verazmente a las mujeres acerca de las consecuencias de la ingesta de la píldora postcoital.

Por parte de los profesionales de la sanidad, las quejas denotaban una ausencia de parámetros claros en el momento de dispensar el fármaco. Específicamente, requerían que se concretara qué debía entenderse por “edad madura” y quién debía valorar si la menor se encontraba preparada para comprender la información sobre la píldora; dudaban sobre si debían recabar el consentimiento de los padres; y desconocían el contenido exacto de la información que debían ofrecer.

5 Una referencia a este Informe puede encontrarse en el Informe anual del Justicia de Aragón correspondiente al ejercicio de 2006 (número de expediente 1318/05-3). También el Síndic de Greuges de Cataluña se hizo eco de este tema e inició una actuación al respecto, recogida en su Informe anual correspondiente al año 2009, p. 227.

Como demuestra la síntesis de las quejas presentadas, parecía existir una incompleta y/o insuficiente regulación del derecho a la autonomía del paciente en la Orden sobre la dispensación de la píldora postcoital, puesta de relieve tanto por los padres de las titulares del derecho como por los profesionales que debían asegurar su cumplimiento efectivo.

Esta primera impresión vino corroborada por el juicio que mereció el contenido de esta Orden al Defensor aragonés, puesto que realizó una serie de sugerencias dirigidas a mejorar su redacción que, en definitiva, intentaban coadyuvar a la mejora de la configuración del derecho a la autonomía del paciente. Para empezar, el Justicia de Aragón sugirió que se regularan de forma expresa, y no tácitamente o a sensu contrario, algunos aspectos relativos a este derecho, para no hacer descansar en la administración sanitaria y en los profesionales de la salud una interpretación integradora de la norma. Concretamente, se refería a la forma de proceder cuando la píldora debía administrarse a menores de 16 años capaces de comprender el alcance de su actuación y de sus consecuencias. En relación con este grupo, el Defensor aragonés también sugirió un tratamiento específico de los supuestos de riesgo por un uso abusivo del fármaco, así como la intervención judicial para apreciar la madurez de la menor.

Desde la perspectiva del contenido de la información, el Justicia de Aragón conminó a la administración a fijar, aun de forma orientativa, la información que debía recibir la mujer; en este sentido, la recomendación recoge los puntos esenciales que debe incluir el facultativo en su información según la Sociedad Española de Contracepción. El Defensor aragonés también sugirió que se concretara la información que debía ofrecerse a los progenitores en caso de uso abusivo y que se regulara si los padres estaban facultados para obtener información relativa a la anterior dispensación de la píldora a la menor.

2. Contenido del documento

Como es conocido y como se acaba de resaltar, la información contenida en el documento de consentimiento informado es pieza clave en el derecho a la autonomía del paciente, pues se constituye en premisa fundamental para el ejercicio del derecho. Como señala la legislación vigente, la información debe ser verdadera, comprensible, adecuada a las necesidades del paciente, continuada, universal, útil y ofrecida con suficiente antelación. Abundando en esta dirección, la jurisprudencia del Supremo ha establecido que esta información debe abarcar las características de la intervención, sus ventajas e inconvenientes y los riesgos, así como el proceso previsible de postoperatorio⁶. En definitiva, como también señaló en su momento el Tribunal Supremo, el derecho a la autonomía personal exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se encuentra; que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las

6 Sentencias del Tribunal Supremo de 16 de diciembre de 1997 y de 13 de abril de 1999.

decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con las que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud⁷.

La trascendencia y complejidad del contenido de la información que debe ofrecerse al paciente ha provocado un goteo constante de quejas ante los Defensores que denuncian casos de vulneración del derecho a la autonomía del paciente derivados de una falta de información adecuada. Esta deficiente información se refería tanto a pruebas diagnósticas como a tratamientos terapéuticos y también a intervenciones quirúrgicas.

Comenzando por las primeras, el Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha recibió una reclamación en 2010 que denunciaba al Hospital de Guadalajara por no ofrecer una información suficiente sobre una concreta prueba diagnóstica, al no detallar que podía llevarse a cabo con o sin sedación. Constatada por parte del Defensor esta deficiencia, se recomendó la modificación del documento para que incorporara las distintas técnicas aplicables y sus requisitos, lo que permitiría a los pacientes realizar su elección en función de aquello que les ofreciera mayor garantía. La rápida aceptación de esta recomendación por parte del citado Hospital provocó que la institución propusiera su ampliación al resto de servicios sanitarios autonómicos que realizaran pruebas invasivas⁸.

Siguiendo ahora con los tratamientos terapéuticos, el Defensor del Pueblo Andaluz recibió en 2008 una reclamación donde se denunciaba una información insuficiente previa a un tratamiento de quimioterapia en un Hospital público. Como pudo constatarse a lo largo de la tramitación de la queja, el paciente firmó una hoja titulada "Consentimiento informado" redactada según modelo estándar, que servía para cualquier tipo de prueba diagnóstica o terapéutica y donde los únicos espacios en blanco eran los destinados al nombre del tratamiento (quimioterapia) y a los datos del paciente. El resto estaba conformado por un texto uniforme y estereotipado donde se hacía referencia genérica a que se habían explicado los riesgos y consecuencias del tratamiento y a que el paciente había podido preguntar cuantas dudas tenía sobre el mismo, aceptando cuantos imprevistos surgieran a consecuencia de éste. De acuerdo con lo prescrito en la Ley de 2002 y según jurisprudencia reiterada⁹, el Defensor andaluz recomendó al servicio público autonómico de salud que generara modelos de consentimiento informado individualizados por patologías: sólo así puede considerarse que queda garantizado el derecho a la autonomía del paciente¹⁰.

En idéntica línea, el Defensor del Pueblo Andaluz recibió ese mismo año otra reclamación donde una madre se quejaba de la extracción de varias muelas a su hija sin previo consentimiento durante una intervención quirúrgica. El centro público se defendió alegando que la madre había

7 Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000.

8 Puede consultarse esta actuación en el Informe anual del Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha correspondiente al año 2010, pp. 322-324.

9 Véanse, además de las Sentencias del Tribunal Supremo citadas en los anteriores pies de página, la de 2 de octubre de 1997 o la de 3 de octubre de 2000.

10 Puede consultarse este caso en el Informe anual del Defensor del Pueblo Andaluz correspondiente al año 2009, pp. 73-75.

firmado un documento donde, haciendo referencia genérica a las intervenciones de cirugía oral y con una enumeración más o menos exhaustiva de las complicaciones y riesgos que pudieran sobrevenir, se añadía que “si surgiese cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi cirujano a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las indicadas en este documento, que a su juicio estimase oportuna”. Otra vez de acuerdo con la legislación y con la jurisprudencia ordinaria, la institución andaluza consideró excesivamente genérica esta cláusula y fuera del marco establecido para el consentimiento informado, puesto que cualquier novedad durante la intervención permitía al cirujano tomar la decisión que considerara conveniente, sin mediar extrema urgencia para la salud pública ni daño grave e irreversible para el paciente. A partir de aquí, el Defensor andaluz recomendó especificar los supuestos en que se autoriza al cirujano a realizar cualquier operación o maniobra distinta de la consentida expresamente¹¹.

3. Prestación del consentimiento en caso de incapacidad

La normativa vigente deja claro quién tiene capacidad para otorgar el consentimiento informado en los casos de minoría de edad y de incapacidad legal, pero la realidad ha planteado serios problemas cuando todavía se está llevando a cabo un proceso de incapacitación o cuando el paciente es un enfermo mental no incapacitado. Ambos supuestos se han planteado ante el Síndico de Agravios de la Comunidad Valenciana.

En el año 2003 un trabajador social del Hospital Clínico de Valencia planteó al Síndico el caso de un paciente sin allegados a quien debía intervenirle urgentemente por gangrena en una pierna, el cual carecía de capacidad de decisión por lo que se hallaba incurso en un procedimiento por incapacidad desde hacía dos años. Tras constatar que la situación descrita no se encontraba dentro de las que precisan autorización judicial, el Síndico de Agravios evaluó el supuesto concreto y lo equiparó al estado de necesidad descrito por el Tribunal Supremo¹², por lo que recomendó la intervención. Ésta se llevó a cabo tras constatar fehacientemente que el paciente no podía recibir, comprender ni procesar racionalmente la información para tomar una decisión¹³.

En una línea similar a la descrita, en 2002 el Síndico valenciano analizó varios casos donde no se sometía a tratamiento a diversos enfermos mentales, los cuales no estaban incapacitados legalmente pero adolecían también del discernimiento necesario para tomar decisiones sobre su salud. Ante la inactividad de los facultativos, que no consideraban que existiera urgencia vital, el Síndico reprobó su actuación al considerar que estos supuestos debían ponerse en conocimiento del

11 Este asunto se encuentra recogido en el Informe anual del Defensor del Pueblo Andaluz correspondiente al año 2009, pp. 79-81.

12 Véase la Sentencia de 26 de octubre de 1995.

13 Esta queja se recoge en Informe anual del Síndico de Agravios de la Comunidad Valenciana correspondiente al año 2003, pp. 110-112.

Ministerio Fiscal, para que decidiera en última instancia sobre la aplicación o no del tratamiento al enfermo mental¹⁴.

4. ¿Límites al consentimiento? Los Testigos de Jehová

Se ha dejado para el último lugar un tema que representa un nuevo reto en el derecho a la autonomía del paciente y que, como tal, se ha planteado también ante las Defensorías del Pueblo. Se trata de su configuración cuando se ejerce por colectivos que plantean objeciones a la firma de los documentos de información normalmente aceptados por el resto de pacientes. Dentro de estos colectivos destaca el de los Testigos de Jehová, con lo que añadimos una variable más a las tratadas hasta el momento, cual es la combinación del derecho a la autonomía del paciente (artículo 15 Constitución) con el ejercicio de la libertad religiosa (artículo 16 Constitución).

La imposibilidad de recibir transfusiones de sangre por motivos religiosos ha provocado que este colectivo se haya dirigido hasta el momento a la administración sanitaria solicitando que se lleven a cabo o que se cubran los gastos de las denominadas “intervenciones sin sangre”¹⁵. No obstante, la reciente exigencia de firmar documentos de consentimiento informado antes de cada intervención quirúrgica ha provocado que, en la actualidad, sus demandas se hayan ampliado. Esta ampliación de las demandas se ha reflejado en diversos Informes anuales del Síndico de Agravios de la Comunidad Valenciana, como en el correspondiente a 2008¹⁶.

En una reclamación presentada por el Comité de enlace de los Testigos de Jehová de Alicante, Castellón y Valencia se recogían diversas denuncias de este colectivo: la obligación de firmar documentos de consentimiento que incluían autorización para transfundir sangre, sin permitir que el paciente expresara en el mismo documento, o en otro lugar, su oposición; la exigencia de esta obligación incluso en los supuestos de cirugía donde no se preveía el uso de sangre; y que la negativa a firmar el documento traía como consecuencia automática la baja de la lista de espera del hospital, sin que se ofreciera ninguna alternativa.

14 Esta actuación se expone en el Informe anual del Síndico de Agravios de la Comunidad Valenciana correspondiente al año 2002, pp. 140-143 y 579-582.

15 En relación con este tema la jurisprudencia constitucional es clara cuando afirma que “el Sistema Nacional de Salud sólo viene obligado a proporcionar a sus beneficiarios las prestaciones sanitarias que reglamentariamente se establezcan y de acuerdo con los medios sanitarios de que dispone y entre los cuales no se encuentra la realización de operaciones quirúrgicas sin utilizar las transfusiones de sangre cuando sean precisas, que en ningún caso puede imponerse a los facultativos de la seguridad social por simples criterios religiosos” (STC de 28 de octubre de 1996).

16 Además del Informe anual del Síndico de Agravios de la Comunidad Valenciana correspondiente al año 2008, pp. 171-176, pueden encontrarse quejas similares en los Informes del Defensor valenciano del año 2005, pp. 385-386; 2006, pp. 58-59; y 2007, pp. 181-184.

Tras el análisis de la queja, el Síndico realizó dos recomendaciones dirigidas a la administración sanitaria. En primer lugar, sugirió que la Comisión de Consentimiento Informado de la Consejería de Sanidad estudiase incluir en el documento la opción del paciente de ser intervenido sin transfusión de sangre; concretamente, que se incorporara una cláusula donde el paciente manifestara su opción de no ser sometido a una transfusión en los casos de intervención quirúrgica. En segundo lugar, recomendó que se adoptaran circulares o instrucciones informativas y orientativas en los centros hospitalarios que recogieran protocolos de actuación en estos casos, donde se gestionara el conflicto entre el profesional sanitario y el paciente.

Estas recomendaciones del Defensor valenciano deberían considerarse encuadradas en la jurisprudencia establecida por el Tribunal Supremo que indicó que "el adulto capaz puede enfrentar su objeción de conciencia al tratamiento médico, debiéndose respetar su decisión, salvo que con ello se ponga en peligro derechos o intereses ajenos, lesione la salud pública u otros bienes que exigen especial protección"¹⁷.

III. Conclusiones

Como ha quedado expuesto en las páginas anteriores, los Defensores del Pueblo han recibido un número considerable de quejas relacionadas con el derecho a la autonomía del paciente, pese a tratarse de un derecho derivado de la integridad física y moral del artículo 15 de la Constitución y, por tanto, generalmente al margen de la intervención de estas instituciones. Esta circunstancia pone de manifiesto, una vez más, la idoneidad de estas figuras como garantes de derechos de nuevo cuño, al constituirse como puente entre sociedad y administración en el momento de perfilar la configuración que conviene otorgar a los mismos.

Las reclamaciones recibidas han girado en torno a diversos aspectos del derecho a la autodeterminación del paciente, abarcando el recurrente asunto del contenido del documento de consentimiento, hasta la definición precisa de los titulares del derecho, pasando por los casos donde no es posible recabar el consentimiento e incluyendo el tema de los límites del derecho.

En la mayor parte de los casos, las denuncias han sido consecuencia de la relativa novedad del derecho y no de una reiterada mala praxis administrativa, es decir, han derivado de una ausencia de conocimiento por parte de las autoridades públicas de cuáles son sus obligaciones respecto de la autonomía del paciente o de una falta de adaptación de sus estructuras y de sus métodos a los nuevos requerimientos del derecho. En este sentido, la falta de regulación o de protocolos de actuación ha derivado en ocasiones en una inseguridad jurídica que afecta negativamente, no sólo al paciente, sino también a los profesionales de la sanidad. Asimismo, la imposibilidad de prever aún a

17 Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de junio de 1997.

priori toda la casuística en torno a este derecho provoca que la administración se halle todavía en el proceso de detección de los posibles conflictos y de diseñar soluciones de compromiso.

Precisamente para aislar estos conflictos y para apuntar hacia su superación, la experiencia ha demostrado la utilidad de las denuncias de pacientes y de asociaciones, pero también el inestimable valor de la colaboración del personal sanitario, implicado directamente tanto por vocación profesional como por la necesidad de protegerse frente a posibles exigencias de responsabilidad en el ejercicio de su actividad laboral. Así, las distintas vulneraciones de la autonomía del paciente han sido denunciadas, no sólo por los sujetos directamente afectados o por las asociaciones de defensa de sus derechos, sino también por parte de los propios profesionales sanitarios, que en muchas ocasiones se encuentran sin orientaciones sobre la forma en que han proceder.

A partir de las reclamaciones de pacientes, asociaciones y personal sanitario, los Defensores del Pueblo se han constituido en una pieza valiosa en la configuración y garantía del derecho, al ser receptores privilegiados de las distintas problemáticas que plantea la autonomía del paciente así como conocedores de los intereses y las necesidades de los distintos sujetos implicados en el mismo.

A partir de este conocimiento, los Defensores han realizado recomendaciones concretas relativas a la posición de los padres respecto del consentimiento otorgado por sus hijos; acerca del grado de concreción de los supuestos en que pueden llevarse a cabo prácticas no consentidas; referentes al trato que deben recibir los pacientes no incapacitados legalmente pero tampoco aptos para consentir; o sobre la necesidad de adaptar los documentos de consentimiento a determinados colectivos.