

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	1
I. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	3
I.1. Oficina Regional para Europa	3
I.2. Direcciones web	11
II. CONSEJO DE EUROPA	12
II.1. Convenios	12
II.2. Textos adoptados y Declaraciones	17
II.3. Jurisprudencia	38
III. UNIÓN EUROPEA	46
III.1. Carta de los Derechos Fundamentales	46
III.2. Actos Comunitarios	46
III.3. Direcciones web	51
IV. ALEMANIA	52
IV.1. Ley Fundamental de Bonn	52
IV.2. Legislación	52
IV.3. Documentación parlamentaria	53
IV.4. Jurisprudencia	72
IV.5. Documentos	82
IV.6. Direcciones web	92
V. BÉLGICA	93
V.1. Constitución	93
V.2. Legislación	93
V.3. Jurisprudencia	107
V.4. Documentos	110
V.5. Direcciones web	113
VI. DINAMARCA	114
VI.1. Legislación	114
VI.2. Documentos	118
VI.3. Direcciones web	121
VII. ESPAÑA	122
VII.1. Constitución	122
VII.2. Legislación Estatal	122
VII.3. Legislación Autonómica	128
VII.4. Jurisprudencia	229
VII.5. Actos de control de las Cortes Generales	230
VII.5.1. Actos de control de los Parlamentos Autonómicos	234
VII.6. Documentos	235
VII.7. Direcciones web	249
VIII. FRANCIA	250
VIII.1. Legislación	250
VIII.1.1. Códigos	250
VIII.1.2. Normas sobre los derechos del enfermo terminal	253
VIII.2. Documentos	256
VIII.3. Direcciones web	258
IX. LUXEMBURGO	259
IX.1. Constitución	259
IX.2. Legislación	259
IX.3. Conseil d'Etat (Avis)	269
IX.4. Documentos	271
IX.5. Direcciones web	277
X. PAÍSES BAJOS	278
X.1. Constitución	278
X.2. Legislación	278
X.3. Documentos	281
X.4. Estadísticas	287
X.5. Direcciones web	288

XI.	SUIZA	289
XI.1.	Constitución Federal	289
XI.2.	Códigos	289
XI.3.	Directives médico-éthiques de l'ASSM	290
XI.4.	Legislación Cantonal	304
XI.5.	Documentos	314
XI.6.	Direcciones web	317
XII.	ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA	318
XII.1.	Legislación	318
	XII.1.1. Legislación federal	318
	XII.1.2. Legislación de los Estados	323
XII.2.	Documentos	339
XII.3.	Direcciones web	342
XIII.	BIBLIOGRAFÍA	343

I. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

I.1. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA

What are the palliative care needs of older people and how might they be met?

Health Evidence Network (HEN)

August 2004

Regional Office for Europe,

Ethics of the Health Systems*

Report of the Third Futures Forum for High-level Decision-makers

Stockholm, Sweden, 27–28 June 2002

Regional Office for Europe

Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa

Consulta Europea sobre los Derechos de los Pacientes.

Amsterdam, 28-30 de marzo de 1994

Regional Office for Europe

Ethics of the Health Systems

Report of the Third Futures Forum for High-level Decision-makers

Stockholm, Sweden

27–28 June 2002

WHO Regional Office for Europe

ABSTRACT

The Third Futures Forum brought together decision-makers from 15 western European countries to share views on and experience with five aspects of the ethics of health care systems: patient information and consent, the limits of health care, health system development, intersectoral action for health and ways to strengthen the ethics of health systems in general. Invited contributions and group discussion showed that countries shared similar problems but varied widely in responses to ethical issues, owing partly to differences in size, culture (including religion) and the nature of health care systems. The par-

ticipants agreed, however, that debates on health systems should take account of ethical considerations and that equality of access to care was an ethically driven principle of any system. The participants received an update on progress on health co-operation in the face of terrorism, which had been the topic of the Second Futures Forum six months previously. Six topics were added to the list of subjects that other fora could consider, and the need for these meetings to tread a difficult path between structure and informality was emphasized.

[...]

Introduction

In 1663 two Swedish physicians set up a body, independent of the state, to tackle an ethical issue – namely, the exposure of charlatans, people who falsely claimed to offer cures but who lacked proper qualifications. In June 2002, that same organization, today called the National Board of Health and Welfare, hosted at its Stockholm offices a meeting on ethics in European health systems. This was the WHO Regional Office for Europe's Third Futures Forum for High level Decision-makers.

In Europe today health-policy decisions are often made under pressure of time, and the ethical impact of a policy may not get the consideration it deserves. Participants tackled five large topics that had been selected, with some difficulty, on the basis of feedback from decision-makers in the member states and expressions of a willingness to contribute. The focus was health-care systems and sharing experience of the ethical aspects of policy-making; bioethical topics such as gene technology were excluded because these are currently under scrutiny by other European institutions. There was plenty of sharing and the WHO Regional Office will seek to incorporate the participants' deliberations into the 2005 renewal of WHO «Health for All» policy for the European Region.

Ethics of patient information and consent

This session focused on patient information and consent. The legally enforceable and specific principle of «informed

* Las normas que aparecen en negrita se reproducen parcial o íntegramente.

consent» to treatment and to participation in research continues to be developed but there are now increases both in people's expectations on access to information about themselves (e.g. to medical records) and in public access to medical information more generally (e.g. via the Internet).

In a treatment setting «informed» refers to the choice of useful therapies, usefulness being a professional decision. The informing process needs a good relationship between patient and doctor. In a research setting the principles are also generally agreed: The risks must not be disproportionate; and the patient (or guardian in some psychiatric settings) has to give informed consent. The first applies also where consent is not possible but here, determinations of risks and of benefits to self and others have to have the protection of the law.

With a condition such as dementia a good ethical consensus in the health system means good care for the patient and, importantly, for the carers too. This duality can lead to tensions when what is good for the demented person (e.g. being allowed to walk unaccompanied outside the care setting) leaves the carers feeling anxious. The ethics of dementia care have been studied in depth by the European Alzheimer Clearing House.

In times past the medical professions of Europe would have been collectively opposed to the very idea of patients having access to their medical records. That attitude has changed, and the change is often legally enshrined. For instance, in France in 1998–1999 les Etats Generaux de la Santé held a series of forums. One was on information. Legislation introduced in March 2002 has a chapter on information and health systems that includes a provision for direct access to medical records. These records are seen not merely as an issue of professional obligation but also as an obligation to the individual, the patient.

Organizations of informed patients have long been offering help with patient-support groups or by raising funds for research, for example. Perhaps the value of information changes when a healthy citizen becomes a patient. The US-based international organization AIDSETI (Acquired Immunodeficiency Syndrome Empowerment and Treatment International), led by an HIV positive person, is clearly informed. It has counters to the arguments usually given for not helping financially with the treatment of people with HIV/AIDS, arguments which include concern about HIV resistance or beliefs that money should not be borrowed to pay for treatment and that treatment should not be started unless it can be continued and unless it can be offered to all rather than just a few.

The concept of the fully informed patient, whether via information provided by carers or via other means such as websites, books and patient-support groups, is still developing, and yet to be explored is the possibility that information might change the traditional roles of provider, recipient and payer and thus alter the ethical context of health-care decision making.

Ethics of limits to health care

This session focused on limits to health care, more specifically limits driven by a patient's right to refuse treatment or by his or her wish for life to be ended by assisted death («euthanasia») or assisted suicide.*

Refusal of treatment is seen as reflecting the patient's right to autonomy and non-interference, and this principle is not controversial. There was a general acceptance of a competent patient's right to refuse treatment. However, the status of liv-

ing wills or advance directives, practices that have been furthest developed in the USA, vary from country to country in Europe, as do the powers of proxies in situations where patients can no longer express their wishes and the age at which such expressions of will should carry force.

No such consensus exists in Europe on whether or not patients have the right to ask for medical help to end their lives. Indeed, as a Council of Europe survey of 44 member countries has shown, less than 10 States recognize advance directives as being legally binding. In countries where medically assisted help in ending one's own life is prohibited, only two regard assisted suicide as non-criminal in particular circumstances (Estonia and Switzerland). Giving legal expression to a right to seek medical help in ending one's own life (Belgium, the Netherlands) or merely decriminalizing the action is exceptional in Europe. It is more usual for opposing arguments to prevail, arguments based on the essential benevolence of medicine (doing good, not killing); on the consequences to society (e.g. in the United Kingdom in 1994 a parliamentary committee opposed the legalization of assisted death because it feared that vulnerable people would be insufficiently protected); or on the sanctity of life. In the Netherlands «beneficence» is interpreted as helping a patient to achieve his or her wishes, and in that country assisted death had recently been legalized.

Spain had for the previous five years been working on legislation, known colloquially as the «law on final wishes», which may become law in 2003. Advance directives would be registered but the registry would have to be consulted before a patient's wishes could be met. Yet to be decided is what happens when patients/relatives wish treatment to continue when the patient's physicians judge further therapy to be futile.

In Spain the debate on assisted death had effectively ended 2 years previously but elsewhere it continues. In March 2002 Austria decided to maintain its legal prohibition on assisted death but it plans to expand palliative-care provision (from 200 beds to 500). Similar expansion is envisaged elsewhere, including the Netherlands. Indeed there had been a strong interest generally in Europe in palliative and hospice care over the previous 10 years. What remained unclear was whether improvements in care for the terminally ill will lessen the demand for assisted death to be legalised, especially since Belgium, which has gone down that path, already had quite well-developed palliative care both in hospital and at home. Also recognized is the need, not just for palliative-care beds, but also for this form of care to be upgraded in medical-school and postgraduate teaching and training, and not just for doctors. Gaps – gaps with ethical implications for decision-makers – remain between public wishes and provision, not just when about 75% of people want assisted death to be legalized while doctors remain totally opposed (Denmark), but also when 90% of people express a wish to be able to die at home but few do (Germany).

The participants discussed their views of how WHO could help and felt not, clearly, by attempting any sort of consensus because the diversity of opinion and culture in Europe would make that impossible. Participants felt that collecting case studies was one possibility; another a listing of the questions that health systems needed to address. Since the Council of Europe has shown an interest in topics such as palliative care and assisted death (e.g. the survey of 44 members states), it was suggested that the European WHO office should be working with the Council of Europe to avoid duplication.

Ethics of health-system development

Limits to health care that are imposed, not by patients' wishes at the end of life but by budgetary restraints, were consid-

* The report uses the term «assisted death» as a substitute of the term «euthanasia».

ered in this session. The ethical issues here relate to what goes into a «basket» of health-care services and to the mechanism for deciding this content.

The ethical principles seem clear: dignity (autonomy), a sound evidence base, equality of access and transparency. These principles should also be applied to special groups not perhaps usually considered in discussion of a common basket of health services, such as asylum seekers and prisoners. However, any basket has to be affordable, so a dominant question is the percentage of a country's gross domestic product that is allocated to health, which is a political decision. One suggestion was that core services should include emergency care, infection control, prevention and «all clinically efficient services». All cost-effective medical care is clinically relevant but not all that is clinically relevant is cost-effective, and there may always be a gap between demand (by society) and supply. Another problem is that preventive services, even when they are cost-effective, may receive low priority because they are deemed to be unglamorous («non-sexy»). In immunization policy, a preventive service par excellence, population targets may need to be set (e.g. the attainment of herd immunity).

In deciding exactly how an agreed percentage of GDP is to be spent there are inevitable tensions between the perspectives of the politician, the health policy maker, the health professionals and the public. Reliance on expert advice alone (eg, specialists in evidence-based medicine) can produce a basket of services that exceeds the budget. Alternative methods are commissions, with representation of doctors, insurers and hospital managers, and more public input via patient representatives or, as in Oregon, USA, via public opinion.

Perhaps «basket» is not the right analogy. We could also think of fruit, with a central kernel of essential services and an optional layer outside; or of onions, with an obligatory and an optional layer and an outside skin of services specifically excluded from the general provision. A question that seemed highly relevant in view of the forthcoming probable expansion of the European Union – namely, could there be a common core block of services agreed for different countries? – remained unanswered.

Intersectoral health action

Appreciation that there is a wide range of social and other determinants of disease has only slowly been translated into intersectoral health action. These actions can be at a national or at a global level.

A June 2002 meeting on health impact assessment had noted that, just as health claims «rights» in other sectors such as trade, so other sectors have rights in the health sector. Market forces (the commercial sector) seek to keep labour costs low but if workers' safety is compromised by economies the consequences are borne by the health sector. However, the main focus in this session was on the effects on health of market and taxation pressures (drug prices and government revenue from taxes on tobacco products and alcohol).

At the national level, the Republic of Ireland has in the past year introduced proposals and initiatives on intersectoral action. These include:

- Health-impact assessments on all government policies;
- Business plans for relevant government departments («health proofing»);
- A National Action Plan for the environment;
- Broader ministerial remits (e.g. a Department of Health and Children, with junior ministers for children, the elderly and food);

Cross-departmental agencies such as a Food Safety Authority and an Environmental Protection Agency.

Globally, the topical health focus is drug pricing and the implications of the TRIPS agreements (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights), a subject that *Medecins sans Frontières* has been monitoring. Tough negotiation can bring down market-driven prices, and the November 2001 Dohar Declaration now allows TRIPS to be implemented with a sensitivity to public health. So there has been some movement. Unfortunately, at the level of research and development, intersectoral actions could be inhibited by the fact that universities usually come under ministries of education or science, not health.

In a market-driven pharmaceutical industry research into new drugs for tropical diseases has almost come to a halt, and it is not clear where developments will come from. As AIDSETI had found, even with negotiated price reductions, the economic burden of treating those with AIDS or HIV infection is too great for regions such as Africa. In an age of globalization there seemed to be no global agreement on the value of a life.

Between the national and the global can sometimes lie the continental and the bilateral. In the European Union one directorate is subsidizing tobacco growers while another is trying to highlight the dangers of smoking. Norway has lost a public-health tool because in geographically accessible Sweden alcohol and tobacco prices are much lower. However, when Sweden did raise the tax on tobacco, smuggling increased and government revenues went down.

An intersectoral (health and employment) issue that the Stockholm forum was aware of but did not discuss was the recruitment by richer countries with staff shortages of health personnel from countries that can ill afford to lose doctors and nurses. Already an issue at the global level, this is likely to become a concern with the accession to the European Union of countries in which doctors and nurses are relatively low-paid.

Strengthening ethics of the health system

During this session participants discussed ways in which WHO could help strengthen ethics in systems of health-care provision.

The Swiss National Advisory Council on Biomedical Ethics is a body newly formed to strengthen health policy. Such bodies need the acceptance of the public, and the council had tried to do this by achieving a balance in the 21 members, a balance achieved after inviting suggestions from stakeholders; by emphasising the role as an advisory and not a decision-taking one; and by allowing, as in its first report on embryo stem cells, publication of both majority and minority opinion.

In Denmark they are trying to strengthen health-system ethics by greater transparency, to be achieved by «declarations of quality». These self-declarations, available on websites, will be overseen by the National Board of Health and by a consumer panel but it was not clear how the accuracy of claims made will be independently verified. Press coverage is a powerful tool here, provided it itself is accurate. For example, Iceland, with its population of only one-quarter of a million, has been seen as an excellent resource for gene studies. However, press reporting worldwide has left the impression that a single company somehow «owns» the genes of Icelanders. This is incorrect, and an example of misinterpretation that can deter important development in the area. In reality the centralised database will include coded information from patient records only. At the present genetic information is not allowed in the centralised database. If genetic information will be used for diagnostic

purpose in the future, such information can only be included after obtaining informed consent.

Transparency does have its critics. Monitoring quality, with its huge demands for documentation, can be expensive. Also transparency may be abused when it becomes the trigger for compensation claims. Transparency can be exploited.

There are no monopolies on explorations of health-system ethics. Other international organizations (Council of Europe, CIOMS, OECD) are involved, as are European health ministers generally with the 2003 conference on Health, Human Dignity and Human Rights, but that did not mean that WHO could let the subject go. It was felt that WHO needs to find a niche and to identify and fill in gaps. For example, WHO might take data as its starting-point; it could provide a network for sharing experiences; it was probably well placed to respond to non-acute situations; and it could provide, in debates on intersectoral matters, a health-ethics balance to the more technical or trade arguments; and, as with the health implications for subsistence farmers in Slovenia of that country's hoped-for accession to the European Union, WHO can be responsive to requests for help from individual states. WHO's Regional Office for Europe is now pledged to come up with specific proposals.

Progress on health cooperation in the face of terrorism

The Second Futures Forum (Copenhagen, December 2001) had been arranged at relatively short notice after the terror attacks on the United States on 11 September 2001. The report is now available in print and as a CD-ROM. The Stockholm forum received an update on various cooperative initiatives taken in Europe between September 2001 and the World Health Assembly resolution of May 2002. These included discussions on water services, chemical incidents and epidemic alerts.

The Nordic countries had in June 2002 signed an agreement on the sharing of health services in the event of a terrorist attack. Two weeks after the Stockholm forum a European Union task force was due to meet in Luxembourg to discuss stocks of drugs and vaccines in the context of future terrorist threats. The threat of smallpox is now a major focus of attention in Europe.

Suggestions for future topics and services

Since the first meeting, in London, United Kingdom, there had been 13 topics on the table for Futures Forums. The Stockholm meeting added six more:

- Quality indicators;
- Credibility of government health information;
- Health impact assessments of non-health policies;
- Mobility of health personnel in the European region;
- Sustainability of health-care provision;
- Intersectoral influences on health.

The Futures Forum programme had had a difficult start, in part due to the effects of the 11 September attacks and to staff changes in the Copenhagen office. One criticism was that the Stockholm agenda had been too broad so that no one topic could be debated in depth. The informality of the meeting, including an absence of precirculated documents, was clearly appreciated by participants. Striking the right balance between informality and some sort of preparation, such as the circulation of case studies collected by WHO's European Office, would be a challenge for Futures Forum organizers from now on. During that preparatory phase there could be feedback from decision makers, to ensure that the draft programme was addressing their interests.

[...]

Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa

Consulta Europea sobre los Derechos de los Pacientes.
Amsterdam, 28-30 de marzo de 1994
Regional Office for Europe

ACERCA DE LA DECLARACIÓN

La Consulta europea sobre los Derechos de los Pacientes, que tuvo lugar en Amsterdam durante los días 28-30 de marzo de 1994, bajo los auspicios de la Oficina Regional para Europa de la OMS (OMS/EURO) y cuyo anfitrión fue el Gobierno de los Países Bajos, contó con la participación de 60 personas de 36 Estados Miembros. El objetivo de esta Consulta era definir principios y estrategias para promover los derechos de los pacientes, dentro del contexto del proceso de la reforma de la atención sanitaria que está teniendo lugar en la mayoría de los países.

La Consulta tuvo lugar tras un largo proceso preparatorio, durante el cual la OMS/EURO apoyó el movimiento emergente a favor de los derechos de los pacientes mediante la realización, inter alia, de estudios y encuestas, sobre el desarrollo de los derechos del paciente en Europa. Estos estudios mostraron la existencia de un interés común así como de varias iniciativas políticas y legislativas en los países europeos, indicando que sería apropiado prestar apoyo adicional al desarrollo de estas políticas en muchos de estos países. Los resultados del estudio fueron publicados en el libro: Los Derechos de los Pacientes en Europa (OMS, 1993). Con el apoyo del Gobierno de los Países Bajos y tras una amplia consulta con los gobiernos y otras instituciones de los países europeos, expertos en el tema esbozaron Los Principios de los Derechos de los Pacientes, un texto muy completo que podría ser de utilidad para el desarrollo de políticas estatales en el apartado de los derechos de los pacientes.

La Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa constituye un marco común europeo para la acción e incluye los principios suscritos por la Consulta de Amsterdam. Esta declaración debería ser interpretada como un derecho añadido para los ciudadanos y pacientes a la hora de mejorar las relaciones con los profesionales de la salud y los gestores de los servicios sanitarios en el proceso de la atención médica. Esperemos que los Principios de los Derechos de los Pacientes suscritos en la Consulta de Amsterdam lleguen a ser una referencia sólida y una herramienta dinámica capaz de impulsar una nueva visión en el proceso de la atención sanitaria.

Los procedimientos completos de la consulta serán publicados como una publicación independiente durante el presente año.

DECLARACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EUROPA

La consulta europea de la OMS sobre los Derechos de los Pacientes, celebrada en Amsterdam del 28 al 30 de marzo de 1994, suscribió el documento anexo (Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa: un marco común) como un grupo de principios para la promoción y aplicación de los derechos de los pacientes en los Estados europeos miembros de la OMS.

La reunión prestó una gran atención a una amplia gama de estrategias posibles basadas en los principios presentados en el documento y en las recientes y actuales experiencias de los participantes. La esencia de estas estrategias se presenta a continuación.

ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

El desarrollo de una estrategia para promover los derechos y las responsabilidades de los pacientes ha de ser cuidadosamente preparado para asegurar que dicha intención se traduzca en una acción práctica que exija el apoyo de todas las partes implicadas. Esta acción no se produce de forma automática, sino que requiere tiempo para llegar a ser completamente efectiva.

La situación en cada país con respecto a los marcos legales, los sistemas de salud, las condiciones económicas y los valores sociales, culturales y éticos varían, pero hay una serie de enfoques comunes que pueden ser adaptados a las circunstancias de cada país. Animamos a todos aquellos a quienes compete en nuestros países a iniciar o renovar estrategias múltiples de implementación, las cuales probablemente necesitarán incluir todos o la mayoría de los siguientes puntos:

- Legislación o regulaciones que especifiquen los derechos y responsabilidades de los pacientes, de los profesionales e instituciones sanitarias;
- Códigos médicos y demás códigos profesionales, cartas de derechos de los pacientes e instrumentos similares, redactados a la luz de un entendimiento común pactado entre los representantes de los ciudadanos, los pacientes, los profesionales de la salud y los responsables de las políticas sanitarias, que serán revisados periódicamente en respuesta a las circunstancias cambiantes;
- Redes entre los pacientes y los grupos que se ocupan de su atención médica, reconociendo la diferencia entre participación ciudadana y participación del usuario;
- Apoyo del Gobierno para el establecimiento y la gestión eficaz de organizaciones no gubernamentales (ONG) en el campo de los derechos de los pacientes;
- Encuentros nacionales y conferencias para reunir a las partes con el fin de crear y promover el entendimiento mutuo;
- Compromiso de los medios de comunicación para informar al público, estimulando el debate constructivo y realizando una sensibilización continuada sobre los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios y sus órganos representativos;
- Mejor formación en habilidades de comunicación y concienciación para los profesionales de la salud así como para grupos de pacientes y otros usuarios, con el fin de comprender más a fondo la perspectiva y papel de todas las partes;
- Promoción de la investigación para evaluar y documentar la efectividad de las disposiciones tomadas tanto legales como de otro tipo, así como las iniciativas llevadas a cabo en los diversos contextos de los diferentes países.

ACCIÓN INTERNACIONAL

La cooperación entre la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea en apoyo de los derechos de los pacientes se intensificará gracias a las acciones tomadas como resultado de esta Consulta. La consistencia de los posicionamientos políticos sobre este tema, las estrategias coordinadas para la implementación, y la comprensión acerca de cómo sus respectivos recursos y competencias pueden ser mejor utilizadas, son componentes esenciales de un movimiento europeo sostenible para promover y proteger los derechos de los pacientes y de los profesionales de la salud. Las ONGs internacionales también tienen un papel muy importante que jugar en la promoción de los derechos de los pacientes.

La próxima Conferencia Regional de la OMS sobre Política Sanitaria (Copenhague, 5-8 diciembre 1994) nos proporcionará una importante oportunidad para seguir promoviendo los derechos de los pacientes en Europa. La propuesta realizada para la organización de una Conferencia Regional de la OMS sobre Sistemas de Atención Sanitaria en transición en Europa, que tendrá lugar en Viena durante los días 25-28 de marzo de 1996, también explorará temas concernientes a los derechos, roles y responsabilidades de los pacientes y los profesionales de la salud. Proponemos a la OMS que la Oficina Regional establezca un mecanismo apropiado para monitorizar los avances realizados en los países y para presentar los resultados en la Conferencia de Viena.

PRINCIPIOS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EUROPA: UN MARCO COMÚN

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

Los cambios sociales, económicos, culturales, éticos y políticos han dado lugar a un movimiento en Europa hacia la completa elaboración y desarrollo de los derechos de los pacientes. Se ha defendido un concepto nuevo y más positivo de los derechos de los pacientes. En parte, esto surge como reflejo de la importancia central que se ha dado a la completa aplicación del concepto de respeto a la persona y a la equidad en salud como un objetivo de la política de los Estados Miembros. Como consecuencia, actualmente existe un énfasis mayor en alentar la elección individual y la oportunidad para ejercerla libremente, así como un compromiso para crear mecanismos que garanticen la calidad de la atención sanitaria.

El desarrollo de los sistemas de salud, su creciente complejidad, el hecho de que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y en muchos casos más impersonal y deshumanizada, a menudo implicando burocracia, y sin olvidar el progreso realizado en la ciencia médica y de salud y en la tecnología han llevado a colocar un renovado énfasis en la importancia de reconocer el derecho del individuo a la autodeterminación y a menudo en la necesidad de reformular garantías para otros derechos de los pacientes.

Simultáneamente, el movimiento de los derechos humanos ha adquirido mayor importancia en el mundo desde 1945 cuando, en la Carta de las Naciones Unidas, los Estados Miembros reafirmaron su fe en los derechos humanos fundamentales. Posteriormente, el 10 de diciembre de 1948, se adoptó la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y, el 4 de noviembre de 1950, se firmó la Convención Europea de los Derechos Humanos. Los gobiernos están prestando cada vez más atención a estos temas. El estudio sobre los Derechos de los Pacientes en Europa llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, muestra que existen unos principios compartidos que cada vez más se van adoptando en los diferentes países y que parecen ser independientes de las características específicas del sistema sanitario de cada país. Parece que ha llegado el momento de imprimir a esta corriente un nuevo impulso.

El presente documento es un intento de formular una serie de derechos de los pacientes que reflejen la evolución en los conceptos y que sean importantes para el contexto en el cual se proporcionará la atención sanitaria en el futuro.

Estos Principios sobre los derechos de los pacientes en Europa han sido esbozados teniendo en cuenta el trabajo de otras personas comprometidas en la creación de instrumentos específicos sobre los derechos de los pacientes. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos esfuerzos iniciales estaban

dirigidos a grupos particulares o dedicados a actividades específicas en el sistema sanitario o enfocaban los derechos de los pacientes desde la perspectiva de los deberes y responsabilidades de los profesionales de la salud y centros médicos. El presente texto es el resultado de un intento de enfocar estas inquietudes desde el punto de vista del paciente como usuario receptor y a la vez colaborador en la atención sanitaria en sus diferentes formas. Ha sido deliberadamente formulado en términos generales, intentando evitar referencias a las circunstancias de grupos particulares o ejemplos ilustrativos. Sin embargo pensamos que esta exposición de consideraciones generales abarca los principios básicos y conceptos que han de adoptarse para promover y garantizar los derechos de los pacientes en cualquier país o situación. El texto no se ocupa directamente de temas de implementación, ya que estos serán necesariamente específicos para cada país o situación; sin embargo, ha sido redactado en la creencia de que estas líneas generales pueden ser posteriormente desarrolladas en cada país para adaptarse a sus necesidades y circunstancias particulares.

Principios rectores

En este texto, el concepto de atención sanitaria se deriva de los principios de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la salud para todos (OMS 30.43, 19 mayo 1977) y el modelo de atención sanitaria establecido en la Declaración de Alma-Ata (12 de septiembre de 1978). Por lo tanto, la atención sanitaria comprende un amplio grupo de servicios que se ocupan de la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, atención y rehabilitación. En consecuencia, el paciente se encuentra con una gran variedad de profesionales de la salud y desempeñando una gran variedad de roles, desde persona enferma y dependiente a cliente que recibe consejo, o consumidor de productos de sanitarios para su autoadministración. Además, esta variedad de roles del paciente implica un continuum de estados de salud, desde el bienestar total a la incapacidad permanente o enfermedad terminal.

En el tratamiento de los derechos de los pacientes, debería hacerse una distinción entre los derechos sociales y los derechos individuales. Los derechos sociales en la atención sanitaria hacen referencia a la obligación social del gobierno y otras entidades públicas o privadas de proveer una atención sanitaria razonable en el sector de la salud pública para toda la población. Lo que se considera razonable en términos de volumen y oferta de servicios disponibles y el grado de sofisticación, tecnología y especialización dependerá de factores políticos, sociales, culturales y económicos. Los derechos sociales también suponen un acceso igual a la atención sanitaria para todos aquellos que vivan en un país u otras áreas geopolíticas y la eliminación de barreras discriminatorias injustificadas, ya sean económicas, geográficas, culturales, sociales o psicológicas.

Los derechos sociales son disfrutados colectivamente y hacen referencia al nivel de desarrollo de la sociedad en particular. En cierta medida, están sujetos al juicio político referente a prioridades para el desarrollo de una sociedad concreta.

Por el contrario, los derechos individuales en materia de atención al paciente se expresan con mayor facilidad en términos absolutos y cuando se transforman en algo operativo pueden ser defendidos en nombre de un paciente concreto. Estos derechos cubren áreas como la integridad de la persona, su privacidad y convicciones religiosas. Aunque este texto de echo trata de derechos sociales, el punto principal se concentra en los derechos individuales. Los fundamentos conceptuales para este tratamiento de los derechos del paciente se encuentran formulados en gran parte en varias declaraciones

intergubernamentales relativas a los derechos y libertades humanas. La intención no es crear nuevos derechos sino recogerlos en una declaración coherente única en el campo de los pacientes y de la atención sanitaria. Por motivos similares el texto no se ocupa de derechos generales, obligaciones y responsabilidades, que están cubiertas por los estatutos y jurisprudencia de cada país.

Se plantea un tema adicional respecto al lugar de las limitaciones excepcionales a derechos particulares de los pacientes. En general se han mantenido fuera del texto, con el fin de formular los derechos propuestos lo más clara y sencillamente posible. Por lo tanto es importante aclarar desde el principio la naturaleza de las principales formas de limitación. Generalmente, la ley suele anticiparse a las excepciones de los derechos de los pacientes. La regla general de estas excepciones es siempre que los pacientes pueden estar sujetos a dichas limitaciones siempre y cuando sean compatibles con los derechos humanos conforme al procedimiento prescrito por la ley. En la práctica, esto hace referencia a limitaciones que se aplican por razones de orden público, de salud pública y otros derechos de los seres humanos.

En algunas situaciones, la razón para restringir los derechos del paciente es el interés predominante de una tercera parte (la llamada doctrina del «conflicto de intereses»), por ejemplo, cuando la aplicación inflexible del derecho del paciente pudiera causar serios daños a una tercera parte, no hay otra forma de evitar el daño y existe una expectativa razonable de que la restricción podría prevenir el daño. En otras situaciones una justificación similar se aplica cuando el propósito es evitar serios daños al paciente (la llamada excepción terapéutica). Debido a que este documento se ocupa de principios generales, estas limitaciones excepcionales a los derechos de los pacientes por lo general no se han incluido.

Finalidad del documento

Los Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa se ofrecen como una contribución para apoyar el creciente interés de muchos Estados Miembros por el tema de los derechos de los pacientes. En su alcance y eje central, este documento intenta reflejar y expresar las aspiraciones de la gente, no sólo por mejorar la atención sanitaria de que son objeto, sino por un reconocimiento más amplio de sus derechos como pacientes. Al hacerlo se tiene en mente las perspectivas de los profesionales de la salud así como las de los pacientes. Esto implica la naturaleza complementaria de los derechos y responsabilidades: los pacientes tienen responsabilidades a la vez respecto a sí mismos y su propio cuidado como respecto a los profesionales de la salud, y estos últimos disfrutan de la misma protección de sus derechos humanos que los demás. Existe una asunción básica en el texto acerca de que la articulación de los derechos de los pacientes hará a su vez que la gente se vuelva más consciente de sus responsabilidades cuando busquen y reciban, o cuando proporcionen, atención sanitaria, y esto asegurará que la relación paciente/profesional de la salud esté marcada por el apoyo y respeto mutuos

Los pacientes deberían ser conscientes de las contribuciones prácticas que pueden hacer al funcionamiento óptimo del sistema sanitario. Su participación activa en el diagnóstico y el proceso de tratamiento es a menudo deseable y algunas veces indispensable. Siempre es importante que los pacientes proporcionen a los profesionales de la salud de referencia toda la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento. El paciente tiene un papel esencial, recíproco al del profesional de la salud, facilitando que el diálogo entre los dos se desarrolle de buena fe.

Se debería subrayar el papel que el paciente juega en la adecuada prestación de la atención sanitaria, especialmente teniendo en cuenta la complejidad de los actuales sistemas de salud que están en gran medida soportados por mecanismos de financiación colectiva y donde el uso eficiente y equitativo de los recursos dedicados a la sanidad es un objetivo que puede ser compartido por los profesionales de la salud y los pacientes por igual. Asimismo, mientras la participación de los pacientes en la enseñanza clínica debe estar sujeta al consentimiento informado del paciente, también éste debe ser consciente de que la competencia de los futuros profesionales depende en parte de que los pacientes acepten ser involucrados en su formación.

Implementación

Cada país debe decidir el futuro uso de un documento como éste, al revisar sus actuales políticas respecto a la ejecución de y apoyo legislativo a, los derechos de los pacientes.

Aunque con el objetivo de presentarlo de forma clara, algunas propuestas se han realizado de forma simple y concisa, el texto está formado por una serie de directrices que pueden ser utilizadas en debates políticos dentro de cada país así como en la formulación o reformulación, según cada caso, de políticas nacionales, leyes o declaraciones oficiales sobre alguno o todos los temas que se tratan. Sin embargo, esperamos que este documento tenga un valor directo para todas las partes, incluyendo a organizaciones de pacientes y consumidores implicados en la atención sanitaria, asociaciones profesionales médicas y de otros profesionales de la salud, y asociaciones de hospitales y otros establecimientos sanitarios.

2. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta estos antecedentes, los Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa pueden ser vistos, en términos de contenido, como un documento que busca:

- Reafirmar los derechos fundamentales humanos en el apartado de la atención sanitaria, y en particular proteger la dignidad e integridad de la persona, así como promover el respeto del paciente como persona;
- Ofrecer a la consideración de los Estados Miembros un grupo de principios básicos que subrayen los derechos de los pacientes, que puedan ser utilizados al enmarcar o revisar las políticas de atención a los pacientes;
- Ayudar a los pacientes a obtener el beneficio completo derivado del uso de los servicios del sistema público de salud, y mitigar los efectos de cualquier problema que puedan experimentar con ese sistema;
- Promover y mantener relaciones beneficiosas entre los pacientes y los profesionales de la salud, y en particular alentar la participación activa del paciente;
- Reforzar oportunidades existentes y proporcionar nuevas oportunidades para el diálogo entre las organizaciones de los pacientes, los profesionales de la salud, las administraciones sanitarias y otros agentes sociales;
- Enfocar la atención nacional, regional e internacional sobre las necesidades cambiantes en los derechos de los pacientes y fomentar una cooperación internacional más estrecha en este campo;
- Asegurar la protección de los derechos humanos fundamentales y humanizar la asistencia que se presta a todos los pacientes, incluyendo a los más vulnerables, como los niños, pacientes psiquiátricos, los ancianos o los enfermos graves.

3. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

Al esbozar estos Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa, se han tenido en cuenta los siguientes instrumentos intergubernamentales, que ofrecen un marco conjunto y una serie de conceptos básicos que pueden aplicarse a los derechos de los pacientes:

- *La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)*
- *El Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966)*
- *El Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)*
- *El Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (1950)*
- *La Carta Social Europea (1961)*

LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. DERECHOS HUMANOS Y VALORES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Los instrumentos citados en la introducción deberían ser considerados como aplicables también al entorno específico de la atención sanitaria, y debe subrayarse que los valores humanos expresados en estos instrumentos deben reflejarse en el sistema de atención sanitaria. También debemos señalar que cuando se impongan limitaciones excepcionales a los derechos de los pacientes, deben estar en consonancia con los instrumentos de los derechos humanos y tener una base legal en la ley del país. Además debemos tener en cuenta que los derechos especificados más abajo conllevan la responsabilidad pareja de actuar con la debida preocupación por la salud de los demás y por sus mismos derechos.

- 1.1. Todo el mundo tiene derecho a ser respetado como ser humano.
- 1.2. Todo el mundo tiene derecho a la autodeterminación.
- 1.3. Todo el mundo tiene derecho a la integridad física y mental y a la seguridad de su persona.
- 1.4. Todo el mundo tiene derecho a que se respete su privacidad/intimidad.
- 1.5. Todo el mundo tiene derecho a que se respeten sus valores morales y culturales así como sus convicciones religiosas y filosóficas.
- 1.6. Todo el mundo tiene derecho a la protección de la salud mediante medidas apropiadas que prevengan enfermedades y garanticen la atención sanitaria y la oportunidad de lograr el más alto nivel de salud posible.

2. INFORMACIÓN

- 2.1. La información sobre los servicios sanitarios y cómo utilizarlos adecuadamente debe ser proporcionada al público para beneficio de todos a quienes concierne.
- 2.2. Los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento.
- 2.3. La información podrá ser ocultada a los pacientes de forma excepcional, cuando existan buenas razones para pensar

que esta información les causaría un gran daño, sin ningún efecto positivo.

- 2.4. La información debe ser comunicada al paciente de forma adecuada a su capacidad de comprensión, minimizando el uso de terminología técnica poco familiar. Si el paciente no habla el idioma común, debe buscarse a un intérprete para ayudarle.
- 2.5. Los pacientes tienen derecho a no ser informados, según su petición explícita.
- 2.6. Los pacientes tienen derecho a elegir a la persona, si así lo desean, a la que se debe informar en su lugar.
- 2.7. Los pacientes deberían tener la posibilidad de obtener una segunda opinión.
- 2.8. Cuando sean admitidos en un centro sanitario, los pacientes deberían ser informados de la identidad y estatus profesional de los profesionales de la salud que se están ocupando de ellos y de las reglas y rutinas que se aplicarán durante su estancia y cuidados.
- 2.9. Los pacientes deberían poder solicitar y obtener un resumen escrito de sus diagnóstico, tratamiento y cuidados recibidos al ser dados de alta de un centro sanitario.

3. CONSENTIMIENTO

- 3.1. El consentimiento informado del paciente es el requisito previo a toda intervención médica.
- 3.2. El paciente tiene el derecho a negarse o a detener una intervención médica. Las implicaciones de negarse a recibir o detener tal intervención deben ser cuidadosamente explicadas al paciente.
- 3.3. Cuando el paciente sea incapaz de expresar su voluntad y se necesite urgentemente llevar a cabo una intervención, se puede presumir el consentimiento del paciente, a menos que resulte obvio por una declaración de voluntades anticipadas previa que en dicha situación el consentimiento sería denegado.
- 3.4. Cuando el consentimiento de un representante legal sea requerido y la intervención propuesta sea urgentemente necesitada, dicha intervención puede realizarse a pesar de que no se pueda conseguir dicho consentimiento del representante a tiempo.
- 3.5. Cuando se requiera el consentimiento legal del representante, los pacientes (ya sean menores o adultos) deberán estar también implicados en el proceso de toma de decisiones, al nivel máximo que permita su capacidad.
- 3.6. Si un representante legal se niega a dar su consentimiento y el médico u otro profesional de la salud opina que la intervención beneficia al paciente, entonces la decisión debe ser referida a un tribunal o alguna forma de arbitrio.
- 3.7. En todas las demás situaciones en las que el paciente sea incapaz de dar un consentimiento informado y donde no exista un representante legal o representante designado por el paciente para este propósito, deben tomarse medidas apropiadas para un proceso de toma de decisiones diferente, teniendo en cuenta todo lo que se conoce y, hasta lo más posible, lo que puede presumirse acerca de los deseos del paciente.
- 3.8. El consentimiento del paciente es requerido para la preservación y uso de todas las sustancias del cuerpo humano. Se puede presumir el consentimiento cuando las sustancias deban ser utilizadas en el curso actual del diagnóstico, tratamiento y cuidado del paciente.
- 3.9. El consentimiento informado del paciente es necesario para su participación en la enseñanza clínica.
- 3.10. El consentimiento informado del paciente es un requisito previo para la participación en la investigación científica.

Todos los protocolos deben ser sometidos a unos procedimientos de revisión éticos adecuados. Dicha investigación no debe llevarse a cabo en aquellas personas incapaces de expresar su voluntad, a no ser que se haya obtenido el consentimiento de un representante legal y la investigación pudiera redundar en beneficio del paciente.

Como una excepción al requerimiento de que la participación redundara en beneficio del paciente, una persona incapacitada puede formar parte de una investigación observacional que no beneficie directamente su salud, mientras que dicha persona no ponga objeción, que el riesgo o carga sea mínimo y que la investigación tenga un valor significativo y no existan métodos alternativos ni haya otros sujetos para investigar disponibles.

4. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

- 4.1. Toda información sobre el estado de salud del paciente, condición médica, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cualquier otra información de tipo personal debe ser confidencial, incluso tras la muerte.
- 4.2. La información confidencial sólo podrá ser revelada si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley lo ordena expresamente. Se presume el consentimiento cuando su revelación se hace a otros profesionales de la salud implicados en el tratamiento del paciente.
- 4.3. Todos los datos identificables del paciente deben ser protegidos. La protección de los datos debe ser apropiada a la hora de proceder a su archivo. Las sustancias humanas de las cuales se pueda obtener datos identificables, deben ser asimismo protegidas.
- 4.4. Los pacientes tienen derecho de acceso a sus expedientes médicos e informes técnicos y a cualquier otro expediente y registro pertinente para su diagnóstico, tratamiento y cuidado y a recibir una copia de su propio expediente y registros o partes del mismo. Tal acceso excluye datos concernientes a terceros.
- 4.5. Los pacientes tienen derecho a requerir la corrección, finalización, supresión, clarificación y/o actualización de sus datos personales y médicos que sean incorrectos, incompletos, ambiguos o anticuados, o que no resulten relevantes para los propósitos de diagnóstico, tratamiento y cuidado.
- 4.6. No puede darse la intrusión en la vida privada y familiar del paciente, a no ser, y sólo si además del consentimiento del paciente, puede justificarse como necesario para el diagnóstico del paciente y su tratamiento y atención.
- 4.7. Las intervenciones médicas sólo pueden llevarse a cabo cuando se muestre el respeto debido a la privacidad del individuo. Esto quiere decir que una intervención dada sólo podrá llevarse a cabo en presencia de aquellas personas necesarias para la intervención, a no ser que el paciente de su consentimiento o requiera otra cosa.
- 4.8. Los pacientes admitidos en un centro médico tienen derecho a esperar instalaciones físicas que aseguren su privacidad/intimidad, en particular cuando los profesionales de la salud les estén ofreciendo cuidados personales o estén llevando a cabo exámenes y tratamientos.

5. ATENCIÓN SANITARIA Y TRATAMIENTO

- 5.1. Todo el mundo tiene derecho de recibir atención sanitaria adecuada a las necesidades de su salud, incluyendo cuidados preventivos y actividades dirigidas a promover la salud. Los servicios deberían estar continuamente dispo-

nibles y accesibles a todos de forma equitativa, sin discriminación y de acuerdo a los recursos financieros, humanos y materiales disponibles en una sociedad dada.

- 5.2. Los pacientes tienen el derecho colectivo a alguna forma de representación en cada nivel del sistema de salud en materias pertinentes a la planificación y evaluación de los servicios, incluyendo la oferta, calidad y funcionamiento de los servicios proporcionados.
- 5.3. Los pacientes tienen derecho a la calidad de la atención que se caracteriza a la vez por unos niveles técnicos altos y por una relación humana entre el paciente y los profesionales de la salud.
- 5.4. Los pacientes tienen derecho a la continuidad en la atención, incluyendo la cooperación entre todos los profesionales de la salud y/o los centros que pueden estar implicados en su diagnóstico, tratamiento y cuidado.
- 5.5. Dada la circunstancia en la que los profesionales de la salud deban elegir entre pacientes potenciales para recibir un tratamiento particular cuya disponibilidad es limitada, todos esos pacientes deben beneficiarse de un proceso de selección justo para dicho tratamiento. La elección debe estar basada en criterios médicos y debe realizarse sin discriminación.
- 5.6. Los pacientes tienen derecho a elegir y cambiar de médico u otro profesional de la salud y centro sanitario, mientras sea compatible con el funcionamiento del sistema sanitario.
- 5.7. Los pacientes para los que no haya motivos médicos para una estancia continuada en un centro sanitario tienen derecho a una explicación completa antes de ser trasladados a otro centro o enviados a sus casas. El traslado sólo podrá tener lugar cuando otro centro sanitario haya acordado aceptar al paciente. Cuando el paciente reciba el alta para trasladarse a su domicilio y cuando su condición lo requiera, deberían estar a su disposición servicios comunitarios y domiciliarios.
- 5.8. Los pacientes tienen derecho a ser tratados con dignidad en relación con su diagnóstico, tratamiento y cuidados, que deben ser proporcionados con respeto a su cultura y valores.
- 5.9. Los pacientes tienen derecho a disfrutar del apoyo de sus familias, parientes y amigos durante el curso de los cuidados y tratamiento y a recibir apoyo espiritual y orientación en todo momento.
- 5.10. Los pacientes tienen derecho al alivio de su sufrimiento de acuerdo al actual estado de conocimientos.
- 5.11. Los pacientes en fase terminal tienen derecho a una atención sanitaria humana y a morir con dignidad.

6. APLICACIÓN

- 6.1. El ejercicio de los derechos expuestos en este documento implica el establecimiento de los medios apropiados para este propósito.
- 6.2. El disfrute de estos derechos debe ser asegurado sin discriminación.
- 6.3. En el ejercicio de estos derechos los pacientes estarán su-

jetos sólo a las limitaciones compatibles con los instrumentos de los derechos humanos y de acuerdo con un procedimiento prescrito por ley.

- 6.4. Si los pacientes no pueden disfrutar de los derechos expuestos en este documento, esos derechos deberían ser ejercitados por su representante legal o por una persona designada por el paciente para dicho propósito; en el caso de que no se haya designado ni a un representante legal ni a un sustituto personal, se tomarán otras medidas para la representación de dichos pacientes.
- 6.5. Los pacientes deben tener acceso a la información y asesoramiento que les permita ejercer los derechos expuestos en este documento. Cuando los pacientes piensen que sus derechos no han sido respetados, deberían poder presentar una queja. Además del recurso a los tribunales, deberían existir mecanismos independientes a niveles institucionales y demás niveles para facilitar los procesos de presentar, transmitir y arbitrar las quejas. Estos mecanismos permitirían, inter alia, que la información relativa a los procedimientos de quejas estuviera a disposición de los pacientes y que una persona independiente estuviera disponible y accesible para que los pacientes pudieran consultarle sobre la acción más apropiada a tomar. Estos mecanismos deberían asegurar además que, si fuera necesario, estuviera disponible la asistencia y la defensa en nombre del paciente. Los pacientes tienen el derecho a que se examinen sus quejas y que se traten de forma concienzuda, justa, efectiva y rápida y a ser informados de su resultado.

7. DEFINICIONES

En estos Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa, se han utilizado los siguientes términos con el siguiente significado:

PACIENTE: Usuario de los servicios sanitarios, ya sea sano o enfermo.

DISCRIMINACIÓN: Distinción entre personas en casos similares debido a motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, origen nacional o social, asociaciones con una minoría nacional o antipatía personal.

ATENCIÓN SANITARIA: Servicios médicos, de enfermería o afines dispensados por personal sanitario y centros sanitarios.

PROFESIONALES DE LA SALUD: Médicos, enfermeras, dentistas y demás profesionales sanitarios.

INTERVENCIÓN MÉDICA: Cualquier examen, tratamiento u otro acto con un objetivo de prevención, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que se lleva a cabo por un médico o demás personal sanitario.

CENTRO MÉDICO: Cualquier centro sanitario como un hospital, casa de reposo o centro para personas discapacitadas.

ATENCIÓN EN FASE TERMINAL: Cuidados dados al paciente cuando ya no es posible mejorar el pronóstico de su condición/enfermedad con los métodos de tratamiento disponibles, al igual que la atención cuando se acerca la muerte.

I.2. DIRECCIONES WEB

Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/es/>

Oficina Regional para Europa
<http://www.euro.who.int/>