

Derecho a la protección de la salud y los derechos de los pacientes

Miguel Angel Ramiro Avilés
Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas"
Universidad Carlos III de Madrid

El derecho a la protección de la salud está recogido en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) donde se señala que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios». Este derecho también se recogió, posteriormente, en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) al reconocer «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental».

No obstante esta proclama, millones de personas en todo el mundo no pueden disfrutar del derecho a la salud y continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. Por dicho motivo, varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio están directamente vinculados a la protección de la salud (erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad de los niños, mejorar la salud materna, combatir el VIH/Sida).

El derecho a la protección de la salud, por un lado, tiene asignado un valor instrumental pues la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, pero, por otro lado, otros derechos- como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación- son los componentes integrales del derecho a la salud. Nos encontramos, pues, ante un derecho nuclear.

El derecho a la salud no debe entenderse, exclusivamente, como un derecho a *estar sano*, sino que tiene una dimensión más profunda ya que entraña una serie de libertades y derechos. Entre las libertades, figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos. Entre los derechos, figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

La determinación del "más alto nivel posible de salud" debe tener en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse, únicamente, desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos porque, en particular, ningún Estado puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o

arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones.

El “más alto nivel posible de salud” se alcanzará atendiendo a los siguientes elementos que son esenciales, están interrelacionados y cuya aplicación dependerá de las condiciones concretas en un determinado Estado:

(i) *Disponibilidad*. Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular del nivel de desarrollo de cada Estado.

(ii) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

(a) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos;

(b) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades;

(c) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos;

(d) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

(iii) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

(iv) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras

cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas

En España, desde la aprobación de la Constitución en 1978, donde el artículo 43 recoge el derecho a la protección de la salud, se han ido aprobando normas, empezando con la Ley 14/1986, General de Sanidad, y siguiendo, posteriormente, con leyes como la Ley 41/2002, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que han consagrado los derechos de los pacientes como un elemento esencial en la consecución de ese nivel más alto posible de salud.

Con estas normas se ha producido, en el ámbito biomédico, una humanización tendente a proteger los derechos humanos y la dignidad humana. La configuración del Estado como Social de Derecho ha supuesto la consagración de los derechos humanos como la piedra angular de todo el sistema jurídico-político, reconociéndose, desde ese momento, un amplio listado de derechos de carácter civil y social que, de forma más general o más específica, afectan a los pacientes y a los usuarios de los servicios sanitarios.

En este sentido, el derecho a la protección a la salud no debe interpretarse, exclusivamente, como un mandato a los poderes públicos para que dispongan de los recursos económicos suficientes para dotar de medios materiales y humanos a los centros hospitalarios, sino que debe interpretarse de tal forma que incluya, entre otras cosas, el derecho de los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios a recibir información clínica y a la autonomía individual.

Así, el artículo 1 de la Ley 41/2002 señala que «la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica» siendo necesario que «toda actuación en el ámbito sanitario [cuenta con] el previo consentimiento de los pacientes o usuarios» una vez que éstos hayan obtenido «una información adecuada».

De igual forma se expresan los artículos 2.6 y 4.2 cuando señalan que los profesionales sanitarios que intervienen en la actividad asistencial están obligados «no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente» y que «la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales».

Uno de los derechos más importantes que tienen los pacientes es el de recibir información adecuada. En este caso, nos encontramos ante uno de los principales derechos en materia biosanitaria que han reconvertido el papel que desempeñaban las personas enfermas y a los usuarios de los servicios sanitarios. Han dejado atrás su postura pasiva para ser un referente activo en el proceso de toma de decisiones.

El derecho a la información sanitaria trasciende el ámbito de la relación médico-paciente, de la búsqueda del consentimiento para realizar una determinada intervención sanitaria, para tener una dimensión más comunitaria ya que no sólo el enfermo, sino la

persona sana, como ciudadano, es tributaria de recibir una información sanitaria suficiente que le permita adoptar medidas preventivas y normas de conducta que redunden en un mejor estado de salud.

Como no podía ser de otra forma, la Ley 41/2002 establece en el artículo 4.1 el derecho de los pacientes «a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma» y en el apartado 3 señala que no sólo el médico responsable del paciente debe garantizar este derecho, sino también los demás profesionales que intervengan en el proceso asistencial o apliquen una técnica o procedimiento concreto. Como podemos observar, los sujetos que tienen el deber de informar al paciente no se limitan al médico bajo cuya responsabilidad directa se encuentra, sino que la creciente complejidad en la asistencia sanitaria hace que en la labor asistencial participen una pluralidad de personas y todas ellas están obligadas a informar al paciente de las intervenciones que realizan y a obtener su consentimiento.

El titular de la información es el paciente y, por ello, es quien, a partir de que alcanza la mayoría de edad en el ámbito sanitario a los 16 años, puede limitar el acceso a dicha información al resto de personas (art. 5.1 Ley 41/2002). No obstante, la ley, haciéndose eco de las prácticas sociales, advierte que salvo que el paciente se manifieste expresamente en contrario, también se informará a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho. En los casos en que el paciente sea menor de edad, pero tenga más de 12 años, o sea una persona incapacitada legalmente, la Ley 41/2002 establece que, además de informar a su representante legal, deberá ser informado «de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión» (arts. 5.2 y 9.3.c). Si la posibilidad de comprensión es nula, la información se dará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (art. 5.3).

La información, si se quiere que sea de ayuda para que la persona enferma tome decisiones libres y voluntarias, deberá ser verdadera, suficiente y comprensible (art. 4.2. Ley 41/2002). No puede exigirse que se transmita *toda* la información, sino sólo aquella que sea la adecuada para el paciente y le permita decidir libre y consecuentemente.

Como veremos más adelante, el paciente tiene derecho a escoger entre las opciones clínicas disponibles y negarse a recibir tratamiento, facultades ambas que, irremediablemente, se vinculan a la obtención de información veraz, comprensible y suficiente. La veracidad de la información es una pieza clave para mantener la relación de confianza entre el médico y el paciente. Por lo que se refiere a la suficiencia de la información, de algún modo la marca la propia Ley 41/2002 cuando establece, en el artículo 10.1, una información básica que el facultativo deberá proporcionar al paciente, antes de recabar su consentimiento. No obstante esta previsión, meramente formal, la cantidad de la información que debe darse depende de cada paciente y de cada familia.

Respecto a la comprensibilidad de la información, debe utilizarse un lenguaje claro y simple, explicando lo esencial y evitando excesivos detalles, sin olvidar que el enfermo no suele tener conocimientos médicos. Y, por último, la información debe comunicarse con la suficiente antelación como para que el paciente pueda asimilarla, formular preguntas, convirtiéndose de esa manera la información en un proceso evolutivo. No obstante todo lo anterior, en lo referente a la información, las variaciones individuales son tantas que sólo cabe hablar de las necesidades de cada enfermo concreto, siendo

éstas las que deben conformar, en última instancia, la cantidad, el ritmo, los límites y la forma del proceso informativo.

Cabe una excepción a la regla por la cual las personas enfermas y los usuarios de los servicios sanitarios tienen derecho a obtener información. Me refiero al caso de la *necesidad terapéutica* (art. 5.4 Ley 41/2002). Por otro lado, la Ley 41/2002 también reconoce el derecho a no ser informada de la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4.1), aunque es un derecho que se encuentra limitado «por la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso» (art. 9.1).

El segundo derecho que voy a destacar es el de escoger entre las opciones clínicas disponibles y negarse a recibir tratamiento. Los párrafos 2 y 3 del artículo 2 de la Ley 41/2002 recogen estos derechos al afirmar que «el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles» y que «todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley».

El ejercicio de estos derechos tiene una condición previa que ya conocemos, la recepción de información adecuada por parte del paciente o del usuario de los servicios sanitarios. La posibilidad de escoger entre las distintas opciones clínicas disponibles o su negativa a recibir tratamiento sólo será posible una vez que el paciente o el usuario tienen «toda la información disponible» sobre su salud. Como señala el artículo 4.2 de la Ley 41/2002, la información que se suministre deberá ser verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de la persona que la reciba para que le ayude «a tomar decisiones de acuerdo con su propia voluntad y libre voluntad». De este modo, la Ley 41/2002 traslada todo el peso de la decisión al paciente o usuario, pero involucra en dicho proceso decisorio al personal sanitario ya que su actividad es, como ya he señalado, un requisito imprescindible para que el derecho pueda ejercerse correctamente.

Por lo que respecta a la titularidad de estos derechos, cabe hacer la misma reflexión que hacíamos cuando se analiza el titular del derecho a la información. Quien puede decidir qué opción clínica se escoge o quien puede rechazar un determinado tratamiento es la persona que sea titular del derecho a recibir información, esto es, como regla general, toda persona mayor de 16 años que no esté incapacitada legalmente y que tenga capacidad para entender la información. De este modo, información y consentimiento van unidos pues, como vuelve a señalar el artículo 8.1 de la Ley 41/2002, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes y usuarios, el cual debe obtenerse después de que el paciente haya recibido una información adecuada.

No obstante lo anterior, existen una serie de circunstancias excepcionales que justifican que el ejercicio del derecho a escoger entre las distintas opciones terapéuticas disponibles no recaiga en la persona enferma o en el usuario de los servicios sanitarios.

La primera situación excepcional la constituye la regla que contiene el artículo 9.4 por la cual la mayoría de edad en el ámbito sanitario no es a los 16 años, sino a los 18 años cuando se trate de la participación en ensayos clínicos y la práctica de técnicas de

reproducción humana asistida (la excepción de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido derogada por la reciente Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo).

La segunda situación excepcional la constituyen las personas que, por alguna razón objetiva, siempre van a ser consideradas como incompetentes para realizar ciertos actos porque su proceso de formación de la voluntad no existe o es deficiente, esto es, según el artículo 9.3 de la Ley 41/2002, cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, cuando el paciente esté incapacitado legalmente y cuando el paciente sea menor de edad en el ámbito sanitario por tener menos de 16 años.

La tercera situación excepcional se produce en aquellos casos de actuación sanitaria de grave riesgo para la persona mayor de 16 años.

En el primer y en segundo caso, la intervención de terceras personas conlleva un consentimiento por representación ya que serán su representante legal, sus familiares o las personas vinculadas de hecho a él quienes deberán tomar las decisiones. El primer y segundo caso son serias excepciones que deben restringirse al máximo y que siempre deben ejercerse en beneficio de la persona sustituida.

En cambio, en el tercer caso no hay sustitución por esa tercera persona, sino que la legislación sólo señala que los padres serán informados y que su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente, pero no establece el carácter determinante o no de dicha opinión, dejando sin resolver la existencia de un posible conflicto.

Como es obvio, el derecho a escoger entre las diferentes opciones clínicas depende de la propia existencia de más de una opción terapéutica, lo cual no siempre está garantizado porque puede no existir la posibilidad técnica. No obstante la existencia de diferentes opciones, no todas van a tener las mismas consecuencias relevantes, los mismos riesgos probables o las mismas contraindicaciones. No puede exigirse que todas las opciones tengan las mismas consecuencias relevantes, los mismos riesgos probables o las mismas contraindicaciones pues es algo que depende del estado de la ciencia en un momento temporal determinado.

En el caso de que el paciente decida no escoger ninguna de las opciones terapéuticas que se le presentan, la Ley 41/2002 también incluye expresamente el derecho de los pacientes a negarse a recibir un tratamiento, pero no hace ulteriores especificaciones sobre el tipo de tratamiento que se rechaza, esto es, si el tratamiento que puede rechazarse es vital o no lo es, lo cual deja abierta a puerta a que pueda rechazarse tanto uno como otro.

El caso de rechazo de un tratamiento no vital para la salud o la vida de la persona afectada, no es problemático ya que al no producirse un daño grave e irreparable en su salud no cabe plantearse la imposición coactiva por parte del Estado del mismo, salvo que la enfermedad que pretenda combatirse ponga en peligro la salud pública. En ese caso, sí puede imponerse el tratamiento, e incluso el internamiento forzoso, pues es

necesario proteger la salud de terceras personas que pueden verse contagiadas (art. 9.2.a Ley 41/2002).

Por el contrario, el caso de rechazo de un tratamiento vital es más complicado pues cabe preguntarse, en primer lugar, si esa consecuencia grave y, por lo general, irreparable en la salud o en la vida de las personas, justifica una intervención. El principio general es que debe respetarse la voluntad de la persona y contar con su consentimiento antes de iniciar cualquier tratamiento terapéutico. La *regla de oro* para el paciente es que tiene derecho a elegir, tras la pertinente información, el tratamiento que se le ofrezca entre varias alternativas y, por la misma razón, podrá rechazar las actuaciones médicas que no estime oportunas; la *regla de oro* para el médico es que está obligado a informar a sus pacientes de todas las circunstancias relativas a su enfermedad y de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas posibles, para que el enfermo pueda decidir e implicarse en las tomas de decisión. La intervención sólo podrá realizarse cuando, por razones de urgencia, el personal médico inicia el tratamiento vital para evitar el daño grave e irreparable, siempre y cuando no haya signos externos visibles en los que la persona enferma manifiesta su voluntad en contra (Documento de Instrucciones Previas) y no pueda consultarse con familiares o personas con un vínculo de hecho (art. 9.2.b Ley 41/2002).

El tercer y último derecho que voy a exponer es el de las voluntades anticipadas formalizadas a través del Documento de Instrucciones Previas. Este derecho también está íntimamente relacionado con la autonomía de la voluntad. El respeto a lo establecido en el Documento de Instrucciones Previas, a la voluntad que allí se manifiesta, será una pieza fundamental para que una persona sea tratada con dignidad desde su nacimiento hasta su muerte. Así, garantizar el respeto a la autonomía de la persona supone que ésta va a recibir un trato digno. La dignidad humana, fundamento último de todos los derechos, se beneficia de este modo del reconocimiento y la protección de la autonomía de los sujetos.

A través de este mecanismo se pretende garantizar la autonomía de las personas en los casos en que han perdido la capacidad para manifestarse expresamente, ya sea por enfermedad o por fallecimiento. Esto es, en el Documento de Instrucciones Previas una persona, de manera intencionada, con conocimiento suficiente y sin influencias externas relevantes, toma una serie de decisiones que deberían ejecutarse cuando por muerte, enfermedad o discapacidad temporal o permanente pierda la competencia o autonomía.

Tal y como se señala en la Ley 41/2002, en el Documento de Instrucciones Previas, las personas consignan de forma anticipada su voluntad, «con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo» (art. 11.1). El Documento de Instrucciones Previas trata de resolver, de este modo, el problema de la relevancia moral y jurídica que tienen las manifestaciones de voluntad previas a un período de incompetencia. El Documento de Instrucciones Previas garantiza que la gente pueda seguir conservando el control sobre sus propias vidas, aun en el caso de que se conviertan en incompetentes.

Por lo tanto, si en verdad queremos respetar la autonomía de una persona y darle un trato digno, debemos respetar el Documento de Instrucciones Previas. En el mencionado artículo 11, que contiene la regulación básica de esta materia, se *positiviza* un derecho subjetivo de carácter civil que genera un deber de respeto en el personal sanitario o del entorno familiar.

El Documento de Instrucciones Previas puede otorgarse una vez que la persona se ha informado y ha reflexionado sobre sus preferencias de cuidado y de tratamiento cuando no es competente. Por otro lado, el ejercicio real y efectivo del derecho exige que se interrelacionen los diferentes Registros de Instrucciones Previas que existen en las Comunidades Autónomas, protegiéndose en todo momento la confidencialidad de los datos de carácter personal. El Documento de Instrucciones Previas será por escrito (ante testigos, ante notario...) y será registrado en el órgano administrativo que se designe como competente. No obstante esta formalidad, es conveniente que nuestros familiares más allegados o nuestro representante sepan cuáles son nuestras preferencias pues, en caso de conflicto interpretativo del Documento de Instrucciones Previas o de ausencia de este tipo de documento, serán figuras claves para hacer valer la verdadera voluntad.

La Ley 41/2002 establece una serie de límites que pueden acarrear una serie de dificultades en el ejercicio de ese derecho. Como es obvio, y nadie discute esto, el principio de autonomía de la voluntad tiene límites. Un primer límite incuestionable es que mi decisión afecte a derechos y libertades fundamentales de terceras personas. Un segundo límite, también incuestionable, es que si la persona no era autónoma, debe hacerse todo lo posible para protegerle del daño y para que recupere la autonomía.

Hasta aquí no hay problema. Los problemas surgen cuando trata de limitarse la autonomía de las personas que son competentes y con su decisión no afectan a terceras personas. Una persona que cumpla con los requisitos antes señalados para que su decisión sea autónoma y no afecte de manera relevante a terceras personas, ¿puede consignar en el Documento de Instrucciones Previas lo que quiera?

La autonomía no tiene un valor absoluto, sino que no tiene mayor jerarquía que otros (p.e. dignidad humana, no maleficencia, beneficencia) con los que puede entrar en conflicto, momento en el cual debe procederse a la ponderación. En este sentido, el artículo 11.3 de la Ley 41/2002 señala que hay tres límites al Documento de Instrucciones Previas:

- (i) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico;
- (ii) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias a la «lex artis»;
- (iii) No serán aplicadas las instrucciones previas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.

¿Cómo afectan estos límites al ejercicio del derecho? ¿Son límites razonables? ¿No se está afectando con ello al *contenido esencial* de ese derecho?

El primer límite es, en mi opinión, absurdo, desde el punto de vista jurídico, porque si el sistema no quiere ser una *institución suicida* es obvio que no puede nunca admitir aquello que sea contrario al ordenamiento jurídico. Supongo que el legislador quería

evitar que a través de los Documento de Instrucciones Previas se abriese la puerta al *fantasma* de la eutanasia activa y directa.

El segundo límite tampoco es razonable pues le da una gran relevancia a una deontología profesional que también es cuestionable, siendo, además, un concepto un tanto vago y confuso. Cabría preguntarnos, por ejemplo, si existe una sola *lex artis*.

El tercer límite es necesario pero no por ello está exento de problemas. La redacción es muy defectuosa porque no es consciente de que el Documento de Instrucciones Previas, difícilmente, tendrá un catálogo exhaustivo, tasado, de circunstancias personales y de situaciones clínicas. No obstante, esta dificultad no debería resolverse anulando el Documento de Instrucciones Previa y suplantando la voluntad de la persona, sino interpretando dicho documento en el contexto clínico, discutiendo con el representante o solicitando la intervención de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria.

Como ha podido observarse en estas páginas, el derecho a la protección de la salud y a alcanzar el nivel más alto posible, necesariamente, pasan por reconocer una serie de derechos a los pacientes y a los usuarios de los servicios sanitarios. Reducir la mortalidad y la morbilidad puede llegar a ser considerado como un éxito relativo si los derechos se violan de forma sistemática.