Sonia Varón Romero

HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS FORZOSOS ANTE LA COVID-19

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por el Dr. Jaume Vernet i Llobet

Grado de Derecho

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

Este TFG se ha desarrollado en la modalidad de:

☒ **Trabajo de Investigación.**

La búsqueda se presenta siguiendo las normas para autores previstas en la *Revista Catalana de Dret Públic.*

http://revistes.eapc.gencat.cat/index.php/rcdp/about/submissions#onlineSubmissions

☐ Simulación de juicio

☐ Dictamen/Informe

☐ APS

La entidad a la que se ha prestado el servicio es.....

☐ TFG vinculado a practiques

El lugar donde se han desarrollado las prácticas es.....

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La COVID-19 ha sometido al derecho constitucional a importantes cuestiones respecto a la posibilidad de limitar derechos fundamentales para garantizar la salud pública. En particular, se vería limitado el derecho al respeto a la vida privada reconocido en el artículo 8 CEDH que engloba, entre otros, el derecho a la intimidad personal, definido en el artículo 18.1 CE, y el derecho a la integridad física y moral, establecido en el artículo 15 CE.

En este sentido, la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos serían dos medidas excepcionales que podrían aplicarse para garantizar la salud pública. Sin embargo, limitarían los artículos 18.1 CE y 15 CE. Por esta razón, la finalidad del presente trabajo de investigación es analizar el contenido de estas medidas desde el punto de vista formal y material y examinar su conformidad con la Constitución y con la legislación estatal y europea. Por tanto, resulta interesante comprender si en situaciones de pandemia, la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos serían eficaces para proteger la salud pública, a pesar de la afectación a los derechos fundamentales y libertades individuales.

Por lo que respecta al interés objetivo del trabajo de investigación, la falta de estudios que tratasen sobre la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos en situaciones de pandemia ha sido la principal motivación de abordar este tema, teniendo en cuenta que es un aspecto reciente que afecta al derecho constitucional. Además, resulta interesante analizar la constitucionalidad de estas dos medidas y examinar los motivos por los cuales podrían ser de aplicación, considerando que garantizaría la salud pública que se encuentra estrechamente vinculada a la vida de las personas.

Asimismo, en cuanto al interés subjetivo, he elegido la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos ante la COVID-19 porque pienso que es un tema de actualidad debido a la pandemia que nos ha tocado vivir. Durante estos meses de pandemia, se han ido aplicando ciertas medidas de contención del virus y, entre ellas, la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos en situaciones realmente graves donde peligraba la vida y la salud de muchas personas. Por tanto, siento curiosidad de tratar este tema porque no conocía la existencia de estas dos medidas y tampoco si eran conforme a la Constitución o no. Por ello, me gustaría analizarlas y aprender si podrían

ser de aplicación en un futuro – ante futuras pandemias – o en la actual pandemia por la COVID-19.

En relación con la metodología empleada en el Trabajo de Fin de Grado, se ha llevado a cabo a través de un sistema de análisis jurídico de búsqueda de normativa y jurisprudencia, tomando en consideración los comentarios de autores sobre el asunto. En cuanto a las normas de redacción, se ha seguido el estilo de la *Revista Catalana de Dret Públic*. Por ello, el sistema de citación es el estilo Harvard (autor-año).

Finalmente, respecto a la estructura de la investigación, es preciso mencionar que el trabajo se divide en dos partes para diferenciar al contenido del Trabajo de Fin de Grado y el de la Revista. Así pues, y por orden de aparición, se encuentra la presentación del trabajo y el contenido del artículo, donde se analiza la autonomía del paciente, los derechos y deberes del paciente, el consentimiento informado y desinformado y la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos. Seguidamente, se encuentran las consideraciones finales del artículo y se termina con los anexos y el índice general del Trabajo de Fin de Grado.

Respecto al contenido del artículo, cabe señalar que no se ha tratado el estudio jurídico de las vacunas. Si bien es cierto que, al igual que la pandemia es un tema de actualidad, las vacunas no se incluyen en los tratamientos médicos forzosos ni en las hospitalizaciones forzosas. Es un tema que genera cierta controversia acerca de su obligatoriedad o voluntariedad y, a falta de normativa constitucional que lo regule, se ha decidido abarcar únicamente el estudio constitucional de la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos.

Revista catalana de dret públic

#especial

www.rcdp.cat

HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS FORZOSOS ANTE LA COVID-19*

Sonia Varón**

Resumen

La aparición de la COVID-19 plantea en el ámbito constitucional una serie de cuestiones referentes a la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos como medidas de protección de la salud pública que entran en conflicto con la vida privada y familiar de la persona, derecho previsto en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. En el artículo 8 CEDH, se incluye el respeto a la intimidad y a la integridad física y moral, derechos fundamentales regulados, respectivamente, en los artículos 18 y 15 de la Constitución Española. En el presente trabajo, se estudiará la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos como medidas de protección de la salud pública frente a la COVID-19, analizando los derechos de los pacientes desde una perspectiva sanitaria y constitucional, comprobando si estas medidas vulneran los artículos 8 CEDH, 18 y 15 CE.

Palabras clave: salud pública; hospitalización forzosa; tratamientos médicos forzosos; intimidad personal; integridad física y moral; vida privada y familiar; COVID-19.

HOSPITALIZATION AND FORCED MEDICAL TREATMENTS AGAINST COVID-19

Abstract

The emergence of COVID-19 raises a number of constitutional issues relating to hospitalization and forced medical treatment as a measures for the protection of public health that conflict with the private and family life of the person, right regulated in Article 8 of the European Convention on Human Rights, which includes respect for privacy and physical and moral integrity, fundamental rights regulated, respectively, in Articles 18 and 15 of the Spanish Constitution. In this paper, hospitalization and forced medical treatment will be studied as measures to protect public health against COVID-19, analyzing the rights of patients from a health and constitutional perspective, checking whether these measures are in breach of Articles 8 CEDH, 18 and 15 CE.

Key Words: public health; forced hospitalization; forced medical treatments; personal privacy: physical and moral integrity; private and family life; COVID-19.

*Trabajo realizado en el marco de Investigación de Fin de Grado del grado de derecho de la Universidad Rovira i Virgili, en relación a derechos fundamentales limitados por la COVID-19.

** Sonia Varón, estudiante de Derecho en la Universidad Rovira i Virgili. Facultad de Ciencias Jurídicas, Av. Cataluña, 35, 43002 Tarragona (Tarragona). sonia.varon@estudiants.urv.cat

Artículo recibido el 11.06.2021. Evaluación ciega: 16.06.2021. Fecha de aceptación de la versión final: 09.07.2021

Citación recomendada: Varón Romero, Sonia. (2021). Hospitalización y tratamientos médicos forzosos ante la COVID-19. Revista Catalana de Dret Públic, (número especial),7-37.

Sumario

1 Autonomía del paciente

1.1 Naturaleza jurídica del derecho

1.2 Concepto

1.3 Elementos esenciales

1.4 Límites de la autonomía del paciente

2 Derechos y deberes del paciente

2.1 Derechos en el ámbito sanitario

2.1.1 Derecho a la intimidad, dignidad y privacidad

2.1.2 Derecho a la información asistencial, sanitaria y epidemiológica

2.1.3 Derecho a que se respete su voluntad.

2.1.4 Derecho a reclamar

2.2 Deberes en el ámbito sanitario

2.2.1 Deber de cumplir con las prescripciones generales sanitarias comunes a toda la población

2.2.2 Deber de cuidar y respetar las instalaciones y el mantenimiento del centro sanitario

3 El consentimiento informado

3.1 Concepto y contenido mínimo del consentimiento informado

3.2 El consentimiento desinformado

4 Hospitalización y tratamientos médicos forzosos ante la COVID-19

4.1 Consideraciones generales

4.2 Requisitos necesarios

4.2.1 Autorización judicial

4.2.2 Ley orgánica

4.2.3 Principio de proporcionalidad, persecución de un fin concreto y limitación en el tiempo

5 Consideraciones finales

Referencias bibliográficas

1 Autonomía del paciente

1.1 Naturaleza jurídica del derecho

La autonomía del paciente es la clara manifestación de la protección de la vida personal que engloba, desde la perspectiva del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH en adelante), la intimidad y la integridad física y moral de la persona, derechos fundamentales consagrados en los artículos 18 y 15 de la Constitución Española (CE en adelante).

Partiendo del precepto legal, el artículo 8.1 CEDH establece que "toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar […]", razón por la cual nos referimos al ámbito más personal e íntimo de la persona que conecta directamente con el derecho a la intimidad y a la integridad física y moral de la persona, entre otros derechos definidos en el artículo 8 CEDH. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante, TEDH) establece que el concepto de vida privada es amplio y no exhaustivo, afirmando que engloba principalmente el derecho a la autonomía personal y a la integridad física y moral.[1] Así lo establece en la STEDH (Cámara), Asunto *X contra Y*, de 26 de marzo de 1985, sobre el derecho a la intimidad personal,[2] sosteniendo que "en efecto, la noción de vida privada comprende la integridad psíquica y moral del individuo". Por tanto, y de acuerdo con Casadevall (2012: 324-327), el artículo 8 CEDH protege la esfera más íntima de la persona, garantizando su libre desarrollo sin injerencias externas de las autoridades públicas, que, por consiguiente, se extiende al derecho a decidir libremente sobre los posibles tratamientos médicos que puedan llevarse a cabo. Así, cualquier intromisión en la esfera privada del individuo supondría vulnerar la integridad psicofísica de la persona, además de la intimidad.

Dicho lo anterior, y para encuadrar la autonomía del paciente en el ámbito constitucional, es necesario relacionarlo con el contenido de los derechos fundamentales expresamente reconocidos en la Constitución y comprender cuáles abarcan los

[1] López Barja (2012: 95).

[2] STEDH (Cámara). Asunto *X c. Y*, de 26 de marzo de 1985, §76.

elementos que identifican el derecho a la autonomía del paciente (Xiol, 2012: p. 186-187). Nos referimos, por tanto, al derecho a la intimidad (artículo 18.1 CE) y el derecho a la integridad física y moral (artículo 15 CE), derechos más involucrados en la autonomía del paciente.

El artículo 15 CE reconoce el derecho a la integridad física y moral. Aparecen dos facetas de la integridad personal; la física y la moral, que en el ámbito de la autonomía del paciente deben ser contempladas conjuntamente. Así lo pone de manifiesto la STC 120/1990, de 27 de junio, afirmando que la integridad psicofísica del paciente no solo protege los ataques dirigidos a lesionar el cuerpo – integridad física -, sino también las intervenciones que carezcan del consentimiento del paciente – integridad moral -.[3]

En cuanto al derecho a la intimidad personal establecido en el artículo 18.1 CE, es importante tener en cuenta que se protege tanto la protección a la intimidad corporal, tal como lo dispone la STC 37/1980, de 15 de febrero, sosteniendo que la intimidad corporal forma parte de la intimidad personal, como la protección de los datos médicos del paciente. En este sentido, cabe mencionar la STC 70/2009, de 23 de marzo, que declara que el derecho a la intimidad personal, se encuentra "estrechamente vinculado con el respeto a la dignidad de la persona […] implica la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y el conocimiento de los demás", sosteniendo que la información relativa a la salud del paciente, no es únicamente una información íntima, sino también una información digna de protección del derecho a la intimidad.[4]

Por tanto, podemos comprobar que la integridad física y moral y la intimidad son dos derechos que se conciben autónomamente pero se encuentran interrelacionados por formar parte de la dignidad y de la vida privada de la persona. Así se desprende del artículo 10 CE, definiendo la dignidad como "un valor inherente de la persona". Al respecto, STC 53/1986, de 11 de abril, señala que la dignidad es un valor jurídico esencial al ser el "núcleo de unos derechos que le son inherentes", afirmando que se manifiesta en la "autodeterminación consciente y responsable de la propia vida […] que

[3] Recuerda la STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9, que "al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal […] y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 CE)".

[4] STC 70/2009, de 23 de marzo, FJ 2.

lleva consigo al respeto por parte de los demás". De ahí que podamos afirmar que en el ámbito sanitario, es imprescindible que se garanticen estos derechos fundamentales, teniendo en cuenta que toda actuación médica conlleva implícitamente una afectación a la integridad del paciente, de manera que se deberá garantizar el derecho a la autonomía del paciente. Así lo sostiene la STEDH Asunto *Haas c. Suiza*[5] consolidando este derecho a decidir libremente sobra la propia vida, a tener plena autonomía de la voluntad y a no ser objeto de tratamientos médicos necesarios para la salud sin el consentimiento del paciente.

1.2 Concepto

La autonomía del paciente es un derecho íntimamente ligado a la esfera más íntima del paciente. En particular, con el derecho a la intimidad y a la integridad física y moral de los artículos 18.1 y 15 CE. Por ello, y teniendo en cuenta que todo tratamiento médico conlleva una cierta incidencia sobre la integridad del paciente, es imprescindible que se garanticen y se protejan.

Al respecto, cabe destacar la Circular emitida por la Fiscalía General del Estado en el contexto de la reforma del Código Penal, que establece un nuevo concepto de lesión en cuanto a intervenciones quirúrgicas, estableciendo que el bien jurídico protegido no únicamente representa la integridad corporal, sino también la salud física o psíquica de los pacientes.[6] Por tanto, el hecho de que los tratamientos médicos incidan sobre la propia persona, destaca la necesidad de que el paciente pueda decidir libremente la voluntad de recibir, o no, el tratamiento médico. Por esta razón, resulta importante el reconocimiento del derecho a la autonomía del paciente en dos de los instrumentos internacionales más significativos firmados por España (Xiol: 2012, p. 171-174).

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina) hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y aprobado por el Consejo de Europa (Convenio de Oviedo en adelante), reconoce la protección de

[5] STEDH (Sección 1ª). Asunto *Haas c. Suiza*, de 20 de enero de 2011, §16.

[6] España. Circular 2/1990, de 1 de octubre, sobre la actualización de la reforma de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal.

la integridad personal, sosteniendo en su artículo 5 que "una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento". Por tanto, regula el libre consentimiento del paciente a cualquier intervención médica. A tal efecto, el Consejo de Europa deja clara la autonomía del paciente manifestando que el término de *"intervención"* debe entenderse en un sentido amplio, pues comprende todos los actos médicos, tales como intervenciones con fines preventivos, de diagnóstico, de tratamiento o de investigación.[7]

En cuanto al segundo instrumento internacional, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE en adelante) reconoce en el artículo 3.1 el derecho a la integridad psicofísica de las persona y exige en el artículo 3.2 que en el ámbito sanitario se respete el libre e informado consentimiento de la persona.

Analizando estos dos instrumentos internacionales, comprobamos que la libre decisión del paciente es el presupuesto esencial para que pueda llevar a cabo un tratamiento médico.[8] Así lo expresa el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (de ahora en adelante LAP), estableciendo que "toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento voluntario del afectado, una vez recibida la información prevista y haya valorado las opciones del caso", razón por la cual comprobamos que únicamente con el consentimiento libre e informado del paciente, se permitirá la incidencia sobre la integridad de la persona.

Por tanto, el objetivo principal en toda actuación médica es que el paciente tenga derecho a decidir libremente sobre las opciones disponibles en cada caso, consintiéndolas o rechazándolas. En este sentido, es preciso mencionar la STC 37/2011, de 28 de marzo, que define la autonomía del paciente reconociendo que "se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que

[7] Consejo de Europa. Informe explicativo del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

[8] Parras (2013: 1580).

puedan afectar a su integridad". Además, el Alto Tribunal asegura que la autonomía "es la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica", razón por la cual se reconoce al paciente el derecho a negarse a recibir un tratamiento médico, ya que la imposición del tratamiento en contra de la voluntad del paciente, se considera un ataque a la integridad del paciente.[9]

1.3 Elementos esenciales

La autonomía del paciente, como se ha venido afirmando anteriormente, surge en el ámbito sanitario como una manifestación del derecho a la intimidad y a la integridad física y moral del paciente. Supone, por tanto, tener la libre voluntad de decisión sobre el propio cuerpo de manera que deberá ser contemplada como un derecho de los pacientes que no podrá ser alterado si no es por motivos fijados por la ley.

Según el artículo 2.2 LAP, que establece que "toda actuación en el ámbito sanitario de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba la información adecuada", los elementos esenciales del derecho a la autonomía del paciente son, principalmente, los siguientes (Xiol, 2012: p. 188-189). Cabe destacar que, si bien es cierto que el consentimiento informado y la información previa se desarrollarán en profundidad más adelante, es conveniente hacer una breve referencia sobre ellos.

En primer lugar, el derecho al consentimiento libre e informado del paciente y su revocación. Consiste en la capacidad del paciente de aceptar o rechazar libremente las actuaciones médicas que se planteen. Significa, por tanto, que el paciente habrá comprendido la información proporcionada por los profesionales médicos.[10] El Consejo

[9] Sobre este punto, STEDH (Sección 4). Asunto *Glass c. Reino Unido*, de 9 de marzo de 2004, §74: "Las autoridades no cumplieron con las obligaciones positivas inherentes al respeto efectivo […] al derecho a la integridad física al no haber adoptado las medidas destinadas a asegurar el respeto por su integridad física".

[10] Sobre esta afirmación, la STS 199/2013, de 11 de abril de 2013, FJ2 sostiene que el consentimiento informado es un documento que se firma para probar que el paciente ha sido informado acerca de sus derechos en cirugías.

de Europa, en este sentido, establece que el consentimiento se considerará libre e informado si es otorgado por el profesional sanitario encargado del tratamiento y si se expresa la información de manera clara y adecuada con un lenguaje comprensible para el paciente. Por tanto, sin utilizar tecnicismos propios de la profesión. Así mismo, la información que se emita al paciente deberá incluir la naturaleza, el fin y las consecuencias del tratamiento, debiendo el profesional sanitario asegurarse que el paciente entiende, no únicamente la enfermedad que padece, sino también el tratamiento y los posibles riesgos que puedan suscitarse del tratamiento.[11] Además, el artículo 8 LAP sostiene que los pacientes tendrán derecho a revocar el libre consentimiento en cualquier momento, de manera que aunque el paciente haya consentido el tratamiento médico y, posteriormente, no quiera someterse a él, no quedará obligado a este consentimiento, ya que la LAP reconoce, en virtud de la autonomía del paciente, el derecho a revocar el consentimiento.

En segundo lugar, el derecho el derecho a recibir la información previa y adecuada, que incluye el derecho a no ser informado. De acuerdo con el artículo 7.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, los pacientes que reciban las prestaciones del sistema de salud, tendrán derecho a la información sanitaria. Se considera, por tanto, una obligación de los profesionales sanitarios. Así lo sostiene el artículo 19.h) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, afirmando que el derecho a la información previa es un deber para los sanitarios, ya que tienen la obligación de "informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables […] a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles".

Sin embargo, cabe destacar que este derecho podrá verse limitado por cuestiones legalmente establecidas.[12] Así, por ejemplo, la LAP sostiene en el artículo 5.4 que el derecho a la información sanitaria podrá verse limitado por la existencia justificada de un estado de necesidad terapéutica, de modo que el profesional sanitario podrá actuar

[11] Consejo de Europa (406- 407).

[12] Correa (2013: 39-40).

sin informar previamente al paciente cuando el conocimiento de su situación pueda perjudicar gravemente su salud.[13]

Finalmente, en tercer lugar, el derecho a decidir libre y voluntariamente, que incluye el derecho a negarse a recibir el tratamiento médico a excepción de los supuestos previstos en la Ley. La LAP reconoce a los pacientes el derecho a decidir someterse o no a un tratamiento médico, después de haber sido informado debida y adecuadamente. Por tanto, el paciente podrá negarse, por escrito, al tratamiento médico de acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad, a excepción de los casos determinados por la Ley. Al respecto, y de acuerdo con el artículo 9.2 LAP, se podrá limitar excepcionalmente el consentimiento del paciente y efectuar tratamientos médicos necesarios para su salud cuando exista un riesgo grave para la salud pública[14] y cuando exista un riesgo inmediato para la integridad psicofísica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento ni la autorización de los familiares.

1.4 Límites de la autonomía del paciente

En la actual legislación sanitaria se reconoce al paciente el derecho a decidir de forma voluntaria entre las opciones sanitarias disponibles, aceptándolas o rechazándolas. No obstante, no se trata de un derecho de elección absoluto, ya que se encuentra limitado por razones de orden público y por ejercicio de la autonomía de otros sujetos (Larios, 2010: 179-288). Así lo afirma el artículo 2.4 y 9.2 LAP, manifestando que aunque se reconozca el derecho a negarse al tratamiento médico, se ve condicionado en los supuestos establecidos en la ley, concretamente cuando exista un riesgo grave para la salud pública o para la integridad psicofísica del paciente, de tal forma que podrán llevarse a cabo tratamientos necesarios para salvaguardar la vida de la persona y la salud pública sin la autorización del afectado, teniendo en cuenta la afectación que supone.[15]

[13] Al respecto, la STC 37/2011, FJ 7, señala que la situación de riesgo por el cual se omite el consentimiento del paciente, ha de ser específicamente *inmediato* y *de gravedad.*

[14] Así lo establece el artículo 3 de la LOMESP: "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria […] podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos […]".

[15] De igual manera, el artículo 1 de la LOMESP determina que "al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias […] podrán adoptar las medidas previstas en la presente ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad".

En este sentido, y de acuerdo con Xiol, 2012: pág. 282-283, la limitación en cuanto a salud pública, se entiende como "la salud *en general*, no a la salud particular de uno mismo". Además, dispone que, en base con la STC 154/2002, FJ3 "cuando se trata de conflictos entre derechos fundamentales, su preservación (la del orden público) se garantiza mediante la delimitación de éstos".

Por tanto, la autonomía del paciente podrá verse limitada ante la protección de la salud pública, aunque por ello puedan verse restringidos el derecho a la intimidad y a la integridad física y moral, conceptos incluidos en el artículo 8 CEDH referente a la vida privada de la persona. La STEDH Asunto *Glass c. Reino Unido* sostiene al respecto que "una injerencia en el ejercicio de un derecho del artículo 8 no será compatible con el artículo 8 § 2 a menos que sea "de conformidad con la ley", tenga un objetivo o fines que sean legítimos […] y sea necesario en una sociedad", de manera que se limitará la voluntad del paciente con el fin de proteger la vida y la salud de la sociedad, entendiendo la vida como "la proyección de un valor superior del ordenamiento constitucional"[16]. Pongamos por caso un paciente contagiado por la COVID-19 que, por su grave situación en UCI no puede consentir los tratamientos médicos. En este supuesto, y en aplicación del artículo 9.2 LAP, se podría efectuar la actuación médica para garantizar la vida del paciente y la salud colectiva, comprendiendo que la actuación de los profesionales sanitarios debe estar destinada a garantizar la salud de la persona – que es la vida – y la salud colectiva, en base a unas políticas sanitarias.

2 Derechos y deberes del paciente

2.1 Derechos en el ámbito sanitario

A raíz de la importancia en las relaciones entre sanitarios y pacientes, surge la necesidad de mencionar, brevemente, los derechos de los pacientes que le son aplicables. Cabe destacar que en nuestro ordenamiento jurídico, los derechos se encuentran recogidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS en adelante).

[16] STC 53/1985, de 11 de abril de 1985, FJ 3.

2.1.1 Derecho a la intimidad, dignidad y privacidad

Como bien se ha ido mencionando en los párrafos anteriores, los artículos 15 y 18.1 CE reconocen la integridad física y moral y la intimidad de la persona. Además, el artículo 10 CE fija la dignidad de la persona como un derecho inherente e inviolable, de manera que ante cualquier situación médica, se deben garantizar estos derechos. En cuanto a la privacidad, el artículo 5 Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y a la documentación clínica (Ley 21/2000 en adelante), se refiere a ella afirmando que todo paciente "tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a la salud", de ahí que los centros sanitarios deberán adoptar medidas para garantizar estos derechos. De igual modo los protege el artículo 10.1 y 10.3, sosteniendo que "todos tienen los siguientes derechos […] 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad […] 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias".

2.1.2 Derecho a la información asistencial, sanitaria y epidemiológica

Este derecho de información hace referencia a la disponibilidad, por parte del paciente, de conocer toda la información sobre los tratamientos que se vayan a llevar a cabo, además de las posibles consecuencias y riesgos que comporte. Por tanto, esta información deberá ser clara y formulada adecuadamente sin tecnicismos propios de la profesión para asegurar que el paciente comprende su situación.

En cuanto a la información epidemiológica, consiste en la posibilidad de conocer, por parte del paciente, los problemas de salud colectiva que impliquen un menoscabo para la salud, salvo que manifieste, de manera expresa, su voluntad de no ser informado.[17] El titular del derecho será, en todo caso, el propio paciente a no ser que se den una serie de cuestiones referentes a minorías de edad o incapacidades para consentir. En estas situaciones, la titularidad del derecho corresponderá a su representante.[18]

[17] Artículo 2 Ley 21/2000: "En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad de una persona de no ser informada".

[18] Berrocal (2004: 53).

2.1.3 Derecho a que se respete su voluntad.

Cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, puede expresar anticipadamente su voluntad de ser sometido, o no, a un tratamiento de salud. Atendiendo a los artículos 11 LAP y 9 de la Ley 21/2000, hace referencia tanto al derecho a la autonomía del paciente como al derecho a decidir sobre su propia salud.

En virtud de estos dos preceptos, la voluntad del paciente puede ser manifestada de manera previa a través de un documento dirigido al médico responsable[19], para que su consentimiento se cumpla si en un determinado momento de su estancia en el hospital, no pudiera expresar su voluntad personalmente. A tal fin, para que este deseo del paciente tenga plena eficacia en todo el territorio nacional, estos documentos deberán ser elaborados ante notario, o ante tres testigos de los cuales dos, no podrán tener ninguna relación de parentesco con el paciente.

2.1.4 Derecho a reclamar

Regulado en el artículo 10.12 de la LGS, los pacientes tienen derecho a "utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos". Por esta razón, los pacientes pueden presentar reclamaciones sobre el mal funcionamiento u organización del centro o servicio sanitario, pudiendo protestar también por el mal trato recibido, pudiendo acudir ante el Defensor del Pueblo al considerar que sus derechos se han visto vulnerados. En resumen, este derecho a reclamar actuaría como un efecto de que no se respetase la voluntad del paciente, si no es por los casos expresados en la ley. (Generalidad de Cataluña, 2015: 1-32).

2.2 Deberes en el ámbito sanitario

Llegados a este punto, es preciso mencionar que los pacientes no son únicamente, titulares de derechos, sino que también han de cumplir unos deberes tanto por el bien propio, como de la sociedad. A continuación, se expondrán los más importantes.

[19] Artículo 3 LAP: "Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario".

2.2.1 Deber de cumplir con las prescripciones generales sanitarias comunes a toda la población

La persona tiene el deber de cuidar de su propia salud y hacerse responsable de ella. En este sentido, el paciente tiene el deber de evitar riesgos para salud de terceros. En otras palabras, tiene la obligación de saber las consecuencias sobre la adopción o no de medidas preventivas individuales que pudieran afectar a la salud de otras personas. A tal efecto, es conveniente mencionar el deber de "conocer y cumplir las regulaciones vigentes para la protección de la salud colectiva" y de "cumplir con las medidas excepcionales establecidas por la autoridad sanitaria en situación de peligro para la salud pública"[20], obligaciones que en la actualidad recobran importancia. A modo de ejemplo, la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo regula las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19,[21] en la cual las Autoridades Sanitarias establecen la obligación de usar la mascarilla como consecuencia de la evolución acelerada de la pandemia.

2.2.2 Deber de cuidar y respetar las instalaciones y el mantenimiento del centro sanitario

El paciente tiene el deber de tener un buen comportamiento y de hacer un buen uso de las instalaciones y servicios del centro sanitario en el que se encuentra. En otras palabras, este deber hace referencia al uso responsable del servicio sanitario que conlleva, a su vez el deber de respetar los horarios y las normas de cada centro médico, para garantizar el buen funcionamiento y organización sanitaria (Generalidad de Cataluña, Departamento de Salud, 2015: 1-32).

3 El consentimiento informado

3.1 Concepto y contenido mínimo del consentimiento informado

El consentimiento informado (CI en adelante), según lo define el artículo 3 LAP, es la manifestación libre y voluntaria de un paciente que acepta o rechaza la actuación

[20] Generalidad de Cataluña (2015: 1–32).

[21] Artículo 1 de la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19: "La presente orden tiene por objeto regular el uso obligatorio de mascarilla por parte de la población".

médica después de recibir la información adecuada sobre el tratamiento. Por esta razón, constituye una clara expresión de la autonomía de la voluntad del paciente.

En este sentido, el Tribunal Constitucional abordó por primera vez el concepto de CI en la STC 37/2011 de 28 de marzo. Estableció que el CI "constituye un derecho humano fundamental […] consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física […]". De la misma manera, afirmó que se trata de un derecho "a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo". A tal fin, el Alto Tribunal entiende que el CI "es una consecuencia implícita y obligada de la garantía del derecho fundamental a la integridad física y moral del artículo 15 CE".[22] No obstante, aunque el artículo 15 CE no contenga una referencia expresa sobre el CI, el Tribunal Constitucional determina que la integridad física se impone a toda intervención médica que afecte a la integridad corporal. Así lo establece el artículo 5 del Convenio de Oviedo, dictaminando que cualquier intervención en el ámbito sanitario deberá llevarse a cabo después que el paciente haya recibido previamente la información referente a posibles riesgos y consecuencias y, por consiguiente, haya aceptado el tratamiento. De la misma manera, el artículo 3 CDFUE establece que "en el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular […] el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley".

Haciendo referencia al TEDH, si bien es cierto que la doctrina europea no contiene ninguna disposición específica sobre la integridad física y moral, el TEDH considera que se encuentra englobada en la noción de *vida privada* del artículo 8.1 del CEDH. [23] La STEDH Asunto *Von Hannover c. Alemania,*[24] en este sentido, expone que el concepto de vida privada del artículo 8.1 es amplio y no puede verse definido exhaustivamente, de ahí que abarque la protección del derecho a la integridad física de la persona (Casadevall, Josep. 2012: 324-327).

[22] Pelayo (2013: 766- 767).

[23] López Guerra (2021: 189).

[24] STEDH (Gran Cámara). Asunto *Von Hannover c. Alemania*, de 7 de febrero de 2012, § 95.

En relación con el contenido mínimo del CI, se encuentra formado por dos elementos esenciales.

En primer lugar, por la previa información al paciente. Para que el CI resulte ser libre y adecuado, es preciso que el personal médico proporcione al paciente información básica antes del tratamiento, de tal manera que la información previa es un deber del médico necesario para que el paciente pueda consentir el tratamiento sabiendo, con claridad, las distintas opciones posibles y cuál de ellas le conviene. Es en consecuencia un presupuesto de validez del consentimiento del paciente para todos los actos e intervenciones clínicas (Berrocal, 2004: 34).

En segundo lugar, el CI está formado por la aceptación o rechazo del paciente al tratamiento médico. Llegados a este punto, es preciso analizar el artículo 3 del CDFUE anteriormente citado, pues establece que en el ámbito sanitario se deberá respetar el C.I de la persona *"de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley".* Pues bien, estas modalidades hacen referencia a dos excepciones muy concretas de contar con el CI del paciente. En virtud del artículo 9.2 LAP y de la LOMESP, se exceptúa el principio general de la autonomía del paciente y, por lo tanto, de contar con el C.I cuando exista un riesgo grave para la salud pública y para la integridad física del paciente, permitiendo que las autoridades sanitarias adopten la hospitalización o tratamientos forzosos "cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad".

3.2 El consentimiento desinformado

El consentimiento desinformado, de acuerdo con la sentencia de la Audiencia Provincial de Burgos, de 26 de junio de 2002[25], es la consecuencia de privar o minimizar al paciente del conocimiento de los posibles riesgos del tratamiento médico, de modo que el consentimiento del paciente se encontraría viciado por ser manifestado sin

[25] SAP (Sección 2), de 26 de junio de 2002, FD5: "Llama el consentimiento desinformado a cargo del paciente, al habérsele privado de conocer de modo suficiente el alcance de su enfermedad y consecuencias de la operación practicada".

conocimiento de causa y, por tanto, sería ineficaz, razón por la cual se vería vulnerado el derecho de autonomía de la voluntad del paciente. [26]

En esta misma línea se manifiesta el Tribunal Supremo en la sentencia 239/2000 de 7 de marzo, exponiendo que "la falta o insuficiencia de información debida al paciente […] lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir cono conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan" y en la sentencia 849/2000 de 26 de septiembre de 2000, sosteniendo que "se ha producido un consentimiento desinformado a cargo del paciente, al habérsele privado de conocer de modo suficiente el alcance de su enfermedad y las consecuencias de la operación".[27]

Por consiguiente, se confirma en base con la jurisprudencia española, la aparición de un nuevo concepto para denominar la ausencia de información al paciente. De esta manera, existirá consentimiento desinformado cuando el personal sanitario haya omitido algún dato o información relevante que el paciente debería saber. A modo de ejemplo, sería la omisión de informar sobre los posibles riesgos del tratamiento médico, de modo que se privó al paciente de decidir con plena autonomía de la voluntad. [28]

En resumen, la ausencia de información necesaria al paciente conlleva que el paciente no comprenda con claridad su situación sanitaria, ni los riesgos y consecuencias del tratamiento médico.[29] Por tanto, y atendiendo a lo expuesto anteriormente, resultaría ineficaz y, en consecuencia, comportaría un incumplimiento de la *lex artis ad hoc*.[30] Al respecto, y en base con la STS 4289/2015, de 23 de octubre de 2015, el consentimiento informado "es el presupuesto y elemento esencial de la lex artis", razón por la cual

[26] Ortiz (2021: 403). El autor sostiene que al no informar adecuadamente al paciente, se habla de << consentimiento desinformado>>.

[27] STS 849/2000, de 26 de septiembre de 2000, FJ 1.

[28] Sánchez Gómez (2014:19).

[29] Sancho Gargallo (2004: 14-15).

[30] La STS 4302/2007, de 23 de abril de 2007, FD 3 declara que "el deber de información […] debe ser una información objetiva, veraz, completa y asequible, y comprende las posibilidades de fracaso, secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir".

constituye una exigencia ética de los profesionales sanitarios que puede ser requerida legalmente. [31]Por tanto, y en virtud del artículo 10.12 LGS que define el derecho a reclamar, el paciente al que se le haya omitido información sobre el tratamiento médico, podrá reclamar esta negligencia médica.

4 Hospitalización y tratamientos médicos forzosos ante la COVID-19

4.1 Consideraciones generales

La Constitución Española reconoce, en el artículo 43.1, el derecho a la protección de la salud, configurado como un derecho individual de carácter genérico (Vaquero, 2015: 1267). Asimismo, el artículo 43.2 CE establece que los poderes públicos tendrán la potestad de garantizar la salud pública a través de medidas que se consideren necesarias, de manera que, en base con el artículo 2 LOMESP, las autoridades sanitarias podrán aplicar medidas de hospitalización cuando existan indicios racionales que supongan la existencia de un peligro para la salud.

Al respecto, la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos resultarían ser unas medidas excepcionales para frenar la expansión de la COVID-19. Es importante tener en cuenta que el artículo 43.1 se encuentra vinculado al derecho a la integridad física y moral del paciente reconocido en el artículo 15 CE, ya que la integridad de la persona, en su esencia, forma parte del derecho a la autonomía del paciente (Xiol, 2012: 214). Por tanto, la aplicación de estas medidas limitaría este derecho fundamental. Sin embargo, y de acuerdo con los artículos 1 y 2 de la LOMESP, las autoridades sanitarias, con el fin de proteger la salud pública, "podrán adoptar las medidas previstas […] cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad". Por tanto, se podrán llevar a cabo tratamientos médicos u hospitalizaciones forzosas cuando se aprecien indicios razonables de la existencia de peligro para la salud pública.

El Tribunal Constitucional, en el auto 40/2020, de 30 de abril referente al recurso de amparo sobre el ejercicio del derecho de manifestación durante el estado de alarma, afirma que los derechos fundamentales "no son absolutos e ilimitados, sino que también encuentran sus límites en el derecho de los demás y, en general, en otros bienes y derechos constitucionalmente reconocidos". De igual forma lo sostiene la STC 2/1982,

[31] STS 4289/2015, de 23 de octubre de 2015, FD 3.

de 29 de enero, estableciendo que "no existen derechos ilimitados" y, por tanto, los derechos fundamentales pueden ser limitados por la necesidad de proteger otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos. [32]

Asimismo, el auto 40/2020 sostiene en relación con el derecho de reunión y manifestación – artículo 21 CE - que la aplicación de las medidas necesarias por parte de los poderes públicos – artículo 43.2 CE – para evitar la expansión del virus, y el derecho a la integridad física del artículo 15 CE de los demás ciudadanos, ha de tener preferencia sobre el artículo 21 CE. Además, establece que "la ponderación de uno y otro obliga a limitar el segundo – el artículo 21 CE – a fin de que […] no corran peligro ni la salud de los propios manifestantes ni la de los demás ciudadanos". Por tanto, es imprescindible ponderar los bienes jurídicos que se quieren proteger – en este caso, la salud pública, entendida como la vida de las personas – y aplicar estas medidas excepcionales para proteger la salud pública, que conlleva la salud del paciente.

4.2 Requisitos necesarios

4.2.1 Autorización judicial

La aplicación de la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos, al limitar derechos fundamentales, es imprescindible que se cumpla un requisito esencial; la autorización judicial para proteger estos derechos. Así lo afirma el artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa (LJCA en adelante), estableciendo que "corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas […] que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales […]". Sirva de ejemplo el Auto del JCA de Oviedo de 19 de noviembre de 2020, que autorizó el ingreso hospitalario forzoso de un paciente de 94 años contagiado por COVID-19, alegando que la medida resultó "necesaria y proporcionada a la situación de riesgo existente, tanto a nivel general como particular, e idónea". Asimismo, el Auto exponía que aunque el ingreso hospitalario fuera involuntario, se decidió aprobar para evitar una

[32] STC 37/1989, de 15 de febrero de 1989, FJ 5.

propagación del virus a otras personas, respondiendo "a un criterio médico adecuado y justificado para evitar la propagación y protección de la salud pública".[33]

En este sentido, la STEDH de 25 de enero de 2005 Asunto *Enhorn c. Suecia*, referente a la hospitalización forzosa de un ciudadano sueco con VIH, alegó que esta medida era la única para proteger la salud pública, al tratarse de una situación de emergencia sanitaria. De igual manera sucedió el 14 de junio de 2019 en Ourense, cuando el JCA autorizó la hospitalización terapéutica obligatoria de un paciente con tuberculosis, con la finalidad de aplicarle el tratamiento médico forzoso "hasta que dejara de representar un riesgo para la salud pública".[34] De igual manera lo afirman las STC 137/1990 y 120/1990[35], referentes a la aplicación de alimentación y tratamientos médicos forzosos de los GRAPO, sosteniendo que esta medida excepcional no vulnera ni el artículo 18 CE ni el artículo 15 CE, ya que la intervención se autorizó judicialmente y se llevó a cabo un "ponderado juicio de proporcionalidad" con el fin de garantizar la vida humana.[36]

4.2.2 Ley orgánica

El derecho a la intimidad y el derecho a la integridad física y moral, derechos fundamentales consagrados en la Sección 1ª del Capítulo 2ª de la Constitución Española, pueden verse limitados. Se requiere, en virtud del artículo 81.1 CE, que una ley orgánica regule esta limitación (De Luque, 1993: 17). Al respecto, para la aplicación de la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos no existe ninguna ley orgánica que regule la limitación y las garantías de los derechos fundamentales. Sin embargo, el Tribunal Supremo sienta doctrina en la reciente STS 719/2021, de 24 de mayo de 2021, FJ 4 d) afirmando la posibilidad de limitar derechos fundamentales mediante ley

[33] AJCA 57/2020, de 19 de noviembre de 2020, razonamiento jurídico 2.

[34] AJCA 64/2019, de 14 de junio de 2019, FJ 5.

[35] En este sentido, la STC 120/1990, de 27 de junio, afirma que "la aplicación de tratamiento médico y alimentario forzoso implica el uso de medidas coercitivas […] pero tales restricciones, en cuanto inherentes a la intervención médica […] no violadora de derechos fundamentales, no constituyen lesión de aquellos mismos derechos a la integridad física […].

[36] STC 137/1990, de 19 de julio de 1990, FJ 10.

ordinaria en situaciones sanitarias excepcionales, como es el caso de la pandemia provocada por la COVID-19.

4.2.3 Principio de proporcionalidad, persecución de un fin concreto y limitación en el tiempo

El auto del JCA de Ourense resumió los requisitos necesarios para aplicar la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos.

En primer lugar, afirmó el respeto al principio de proporcionalidad respecto al derecho limitado. La STC 37/1989 de 15 de febrero, en este sentido, sostiene que el derecho a la intimidad personal no es absoluto, de modo que puede ceder ante exigencias públicas a través de la ratificación judicial.[37]

En segundo lugar, el JCA recuerda que la adopción de medidas limitativas de derechos fundamentales deberá perseguir un fin concreto y *constitucionalmente legítimo.* Así lo afirma la STC 62/1982[38], argumentando que para determinar si las medidas son necesarias para el fin perseguido, es preciso examinar si se ha respetado el principio de proporcionalidad. De igual manera, la STC 37/1989 de 15 de febrero dispone que la actuación judicial en cuanto a la limitación del derecho a la intimidad personal, "hizo valer ante el sujeto afectado los intereses […] a los que ha de servir toda decisión de la autoridad […]".

En tercer lugar, la aplicación de las medidas limitativas de derechos fundamentales deberá perseguir un objetivo concreto que sea limitado en el tiempo.[39] A modo de ejemplo, consistiría en la hospitalización y los tratamientos médicos ante la COVID-19 durante el estado de alarma, con el fin de evitar la expansión del virus.

Finalmente, cabe destacar que para aplicar estas medidas excepcionales, es necesario ponderar los derechos y equilibrar los intereses constitucionales que se quieran proteger. En este caso, la salud pública y la vida y la integridad del paciente contagiado por

[37] STC 37/1989, de 15 de febrero, FJ7.

[38] STC 62/1982, de 15 de octubre de 1982, FJ 5.

[39] Al respecto, la STC 53/1986, FJ 3 añade que "no se puede obstruir el derecho más allá de lo razonable".

COVID-19. No obstante, la aplicación de estas medidas afectaría a la integridad de la persona, ya que se aplicarían forzosamente y sin el consentimiento del paciente. Sin embargo, el fin de estas medidas es proteger la salud pública, que conlleva la salud individual del paciente y, por tanto, su vida. Es lo que se refiere el principio de *"salus populi suprema lex esto",* principio de derecho público romano que resalta la importancia del bienestar de la sociedad, operando como "justificación de medidas excepcionales por parte de los poderes públicos".[40]

La finalidad, por consiguiente, es proteger la vida de las personas desde la perspectiva de la salud pública, de modo que se justificaría la limitación de la intimidad y la integridad física y moral empleando la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos mediante ley orgánica, entendiendo que la vida es "el soporte físico de todos los demás derechos fundamentales por su obvia conexión con la idea de dignidad de la persona".[41] En consecuencia, el derecho a la salud no significa únicamente estar sano, sino que comprende disponer de un estado mínimo de protección sanitaria, hasta el nivel más alto de protección. (Gallego Hernández, 2018: 634). Conllevaría, en base con lo expuesto, a la aplicación de las medidas excepcionales, al incluirse la salud en la vida individual de las personas.

5 Consideraciones finales

Este estudio ha expuesto que el derecho a la autonomía del paciente es una de las manifestaciones del respeto a la vida privada de la persona, derecho reconocido en el artículo 8 CEDH. En este sentido, se puede observar, como primera conclusión, que su configuración se establece como un derecho individual que permite al paciente decidir libremente sobre el sometimiento – o no – a un tratamiento médico, de tal manera que su contenido se encuentra incluido en el derecho a la intimidad personal, reconocido en

[40] Farrés Juste (2020: 8).

[41] En este sentido, la STC 53/1985 de 11 de abril de 1985, afirma que el derecho a la vida, "reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el artículo 15 de la Constitución, es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional – la vida humana – y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible".

el artículo 18.1 CE, y en el derecho a la integridad física y moral definido en el artículo 15 CE.

Al respecto, se ha determinado que el ámbito de protección del artículo 8 CEDH es más amplio que la protección establecida en los artículos 18.1 y 15 CE. La CE afirma que la intimidad y la integridad de la persona son derechos que forman parte de la dignidad individual, entendiendo que se protege un único ámbito; las injerencias externas a la persona. Por este motivo, como segunda conclusión, se sostiene que la interpretación limitada de la CE se diferencia de la interpretación más extensa del CEDH, al englobar en un mismo ámbito – la vida privada -, la protección de la esfera más íntima de la persona, esto es, el derecho a la intimidad y a la integridad física y moral, el derecho al medio ambiente y el derecho a la identidad, entre otros. Por tanto, se concluye que el artículo 8 CEDH protege diversos derechos que derivan de un solo ámbito – la vida privada -, razón por la cual el contenido del derecho a la intimidad y a la integridad física y moral es diferente en el CEDH y en la CE.

Sin embargo, esta diferencia de regulaciones puede originar una serie de consecuencias respecto a la protección de estos derechos. En particular, el artículo 15 CE que reconoce el derecho a la vida y a la integridad física y moral, ya que en el CEDH se mencionan en el artículo 8.1, pero se fijan separadamente en los artículos 2 y 3 CEDH. Por tanto, como tercera conclusión, cabría admitir que la vulneración de los artículos 2 y 3 CEDH resultaría ser más intensa que la del artículo 8 CEDH, pues se permite la injerencia sobre la vida privada respetando los requisitos de legalidad, necesidad y proporcionalidad, aspectos que los artículos 2 y 3 CEDH no admiten.

En cuanto a los derechos y deberes de los pacientes, se ha constatado que los pacientes tienen ciertos derechos que deben ser respetados independientemente de su condición de "paciente". Concretamente, el derecho a la intimidad y a la integridad física y moral. Son derechos autónomos que no tienen como base el derecho a la salud, pues son inherentes a la persona. En este sentido, se considera que el derecho a la autonomía del paciente se encuentra estrechamente ligado a la intimidad y a la integridad psicofísica y, en este caso, se basa en los derechos sanitarios dado que debe manifestar su voluntad libremente. Por ello, el consentimiento informado del paciente constituye una figura sanitaria imprescindible al derivar su contenido – al igual que sucede con la autonomía

del paciente – del derecho a la intimidad y de la integridad física y moral. Por tanto, como cuarta conclusión, se establece que sin el consentimiento informado, no puede mediar la autonomía del paciente. Ante este supuesto, se originaría el consentimiento desinformado, una nueva manera de denominar la ausencia de información al paciente. En este caso, el paciente emitiría su consentimiento, pero este sería ineficaz, ya que no se dispuso de toda la información médica necesaria para conocer los posibles riesgos y consecuencias del tratamiento o de la intervención médica. Por tanto, se afirma que esta ausencia de información, considerada como una exigencia ética de los profesionales sanitarios, provocaría una vulneración del derecho a la autonomía del paciente.

No obstante, existe la posibilidad de llevar a cabo hospitalizaciones o tratamientos médicos forzosos omitiendo la voluntad del paciente cuando exista un riesgo grave para la salud pública, con el fin de cumplir con el artículo 43 CE. Este precepto se configura como un derecho individual con carácter genérico que establece la obligación de los poderes públicos de aplicar medidas necesarias para garantizar la salud pública. Por tanto, se observa la posibilidad de aplicar indirectamente la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos. Por ello, y teniendo en cuenta que su aplicación conllevaría la limitación de la intimidad y de la integridad física y moral, se confirma un equilibrio entre estos derechos con el artículo 43 CE, englobando, por una parte, la intimidad y la integridad y, por otra, la vida y la salud. De esta manera, y como quinta conclusión, se reconoce que ponderando los derechos, primaría la vida y la salud del paciente, que al configurarse como un derecho genérico, conllevaría la primacía de la salud pública y no supondría ninguna vulneración de derechos fundamentales, pues únicamente se limitarían para salvaguardar la vida y la salud. Dicho de otra manera, se constata que los derechos fundamentales no son absolutos y que, por tanto, la base de esta limitación sería la salud, entendiéndola desde la perspectiva de la vida de todas las personas.

A tal fin, se ha examinado el requisito de ley orgánica para aplicar estas medidas. Por ello, si entramos a considerar que el artículo 81.1 CE exige que para limitar derechos fundamentales es necesario una ley orgánica que los regule, y que el artículo 86.1 CE sostiene que en situaciones de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar decretos-leyes siempre que no afecte a los derechos fundamentales, podemos comprobar que no existe la posibilidad de limitar derechos fundamentales si no es por

ley orgánica. No obstante, el Tribunal Supremo dictó el pasado 24 de mayo de 2021 la STS 719/2021, en la que sienta doctrina respecto la limitación de derechos fundamentales. Al respecto, afirma que en supuestos de peligro grave para la salud pública – por tanto, en situaciones de pandemia –, basta una ley ordinaria para limitar derechos fundamentales. Por tanto, se puede concluir – como sexta conclusión –, que existe en la actualidad una falta de concreción respecto a los requisitos para limitar derechos fundamentales, ya que la Constitución afirma la necesidad de ley orgánica, pero la reciente jurisprudencia del Tribunal Supremo dictamina que una ley ordinaria podría limitar derechos fundamentales. Por ello, y a causa de esta contradicción, podría haber efectos negativos respecto a las libertades individuales de las personas.

En este sentido, y atendiendo estrictamente al ámbito constitucional, se constata la ausencia de ley orgánica que regule la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos. Por tanto, se determina, como séptima conclusión, que la aplicación de estas medidas, desde el punto de vista formal, se consideraría inconstitucional al no cumplir el requisito de ley orgánica, ya que limitaría derechos fundamentales y afectaría a las libertades individuales. En cambio, si atendemos al punto de vista material, estas medidas serían adecuadas para garantizar la salud pública ante la COVID-19, porque al tratarse de una situación de riesgo grave para la vida de las personas, se conseguiría contener el virus y que no se expandiera.

Por esta razón, y como conclusión final de cara a futuras posibles pandemias, sería interesante considerar la hospitalización y los tratamientos médicos forzosos como medidas excepcionales para garantizar la salud pública y prevenir la expansión del virus. En particular, cuando se conociera la existencia de una persona contagiada y que, debido a la gravedad de la situación, afectara a la salud de muchas personas. De esta manera, teniendo en cuenta lo sucedido con la COVID-19 y considerando la gravedad de la situación, se establece la necesidad de equilibrar los intereses generales – la vida y la salud de las personas – y los intereses individuales – la intimidad y la integridad física y moral – y comprender que ante una situación de peligro para la salud pública, se pueden llevar a cabo ciertas medidas que limiten derechos fundamentales para garantizar la vida y la salud pública.

Referencias bibliográficas

Aguiar de Luque, Luís. (1993). Los límites de los derechos fundamentales. *Revista del Centro de Estudios Constitucionales. (14),* 9-34. Disponible en: http://www.cepc.gob.es/publicaciones/revistas/fondo-historico?IDR=15&IDN=1244&IDA=35472 [Fecha de consulta: 13 de mayo de 2021].

Berrocal Lanzarot, Ana Isabel. (2004). El consentimiento informado y capacidad del paciente para prestarlo válidamente en la nueva Ley 41/2002, de 14 de noviembre. *Anuario de Derechos Humanos. 5*,11-123. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/ANDH/article/view/ANDH0404110011A/20875 [Fecha de consulta: 8 de febrero de 2020].

Casadevall, Josep. (2012). *El convenio Europeo de Derechos Humanos, el Tribunal de Estrasburgo y su Jurisprudencia.* (1ª ed). Valencia. Tirant lo Blanch.

Consejo de Europa. Informe explicativo del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Disponible en: https://www.chospab.es/comite_etica/documentos/DOCUMENTOS_INTERNACIONALES/Informe_Explicativo_Convenio_Oviedo.pdf [Fecha de consulta: 29 de abril de 2021].

Correa Martínez, Cesar Alberto. (2013). Límites al derecho de acceso a la información clínica en los casos de estado de necesidad terapéutica y anotaciones subjetivas. Especial referencia al sistema español. *Via Inveniendi et Iudicand. 8* (2), 33-52. Disponible en: https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/viei/article/view/1159 [Fecha de consulta: 30 de abril de 2021].

Dalli, María. (2019). *Acceso a la asistencia sanitaria y derecho a la salud. El sistema nacional de salud español.* (1ªed). Valencia. Tirant lo Blanch.

Farrés Juste, Oriol. (2020). Dossier de cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19. Salus populi suprema lex. *Revista de Bioética y Derecho. (*50), 5-17. https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/31697 [Fecha de consulta: 29 de marzo de 2021].

Gallego Hernández, Ana Cristina. (2018). El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales. (40),* 632-654 Disponible en: https://www.readcube.com/articles/10.12795%2Faraucaria.2018.i40.26 [Fecha de consulta: 12 de febrero de 2021].

García Amez, Javier. (2011). Rechazo al tratamiento y riesgos para la vida del paciente. *Revista Derecho y Salud (21)* 1, 85-97. Disponible en: http://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-21-

numero-1-2011/rechazo-al-tratamiento-y-riesgos-la-vida-del [Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2020].

García Millán, Ángel. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista clínica de medicina de familia (2)* 6, 275-279. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005&lng=es&tlng=es [Fecha de consulta: 1 de marzo de 2021].

García Ortega, Cesáreo, Cózar Murillo, Victoria, Almenara Barrios, José. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública* (4), 469-479. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=970229 [Fecha de consulta: 22 de diciembre de 2020].

Iglesias Bárez, Mercedes. (2010). *Estructura orgánica y derechos fundamentales en la Constitución española de 1978.* (1ª ed.). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

López Barja de Quiroga, Jacobo. García-Comendador Alonso, León. Delgado Cánovas, Juan. De Miguel Morante, Raquel. Villegas García, María Ángeles. (2012). *Doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.* (2ª ed.).Valencia: Tirant lo Blanch.

López Guerra, Luis. (2021). *El Convenio Europeo de Derechos Humanos. Según la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo.* (1ª ed.). Valencia. Tirant lo Blanc.

Ortiz Fernández, Manuel. *El consentimiento informado en el ámbito sanitario: responsabilidad civil y derechos constitucionales.* (1ª ed.). Madrid: Dykinson.

Parras Darío. (2013). La obligación de informar al paciente: cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Revista médica de Chile. 141* (12), 1578-1583. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n12/art12.pdf

Pelayo González-Torre, Ángel. (2013). El consentimiento informado en sentencia del Tribunal Constitucional Español 37/2011 de 28 de marzo. *Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario.* (*2)* 2, 766-785. Disponible en: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/121

Ramón Fernández, Francisca. (2020). El derecho a la vida y a la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la covid-19: Una reflexión sobre su oportunidad. *Revista semestral del Centro de Estudios Constitucionales de Chile (2)* 18, 51-86. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/estconst/v18n2/0718-5200-estconst-18-02-51.pdf [Fecha de consulta: 20 de enero de 2021].

Rodríguez López, Pedro. (2006). Los derechos constitucionales de los pacientes. Derecho a la vida y a la integridad física. *Revista Derecho y Salud (14)* 1, 167-205. Disponible en: http://www.ajs.es/es/index-

revista-derecho-y-salud/volumen-14-numero-1-2006/los-derechos-constitucionales-los-pacientes [fecha de consulta: 20 de enero de 2021].

Salamero Teixidó, Laura. (2018). La salud pública como límite a los derechos y libertades individuales en situaciones de riesgo y emergencia. Blanc Altemir, Antonio. Cierco Seira, César (coords.). *Derecho ante la salud pública: dimensión interna, europea e internacional.* (1ª ed., 1-25). Cizur Menor: Aranzadi.

Sánchez Gómez, Amelia. (2014). La información al paciente y el consentimiento informado en el derecho español. Referencia legal y jurisprudencial. La praxis médica. *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil 8*, 1-19. Disponible en: https://insignis-aranzadidigital-es.sabidi.urv.cat/maf/app/document?srguid=

Sancho Gargallo, Ignacio. (2004). Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado. *InDret. Revista para el Análisis del Derecho* 2, 1-24. Disponible en: https://indret.com/tratamiento-legal-y-jurisprudencial-del-consentimiento-informado/ [Fecha de consulta: 20 de enero de 2021].

Seoane, José Antonio. (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud* 39, 13-34. Disponible en: http://www.acpgerontologia.com/documentacion/AutonomiaSeoane.pdf.pdf [Fecha de consulta: 22 de enero de 2021].

Xiol Ríos, Juan Antonio. Bastida Frejeido, Francisco José. (2012). *Autonomía del paciente, responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales.* (1ª ed.). Madrid: Fundación Coloquio Jurídico Europeo.

ANEXOS TFG

A) ANEXO I. NORMATIVA

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 (BOE, núm. 103, 30/4/1997, pág. 9337-9343). https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733 [Fecha de consulta: 29 de marzo de 2021].

Consejo de Europa. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950. (BOE, Núm. 108, 06/05/1999, pág. 16808-16816). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-10148 [Fecha de consulta: 8 de febrero de 2021].

Consejo de Europa. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (BOE, Núm. 251, 20/10/1999, pág. 36825-36830). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-20638 [Fecha de consulta: 15 de febrero de 2021].

Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 30 de marzo de 2010. (DOUE, Núm. 83, 30/03/2010, pág. 389-403). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70003 [Fecha de consulta: 15 de febrero de 2021].

España. Constitución Española. (BOE, núm. 311, 29/12/1978, pág. 29313-29424). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229 [Fecha de consulta: 16 de febrero de 2021].

España. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. (BOE, núm. 102, 29/04/1986, pág. 15207-15207). Disponible en: https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10498 [Fecha de consulta: 16 de febrero de 2021].

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE, núm. 102, 29/04(1986, pág. 15207-15224). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499 [Fecha de consulta: 16 de febrero de 2021].

España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE, núm. 274, 15/11/2002, pág.

40126-40132). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188 [Fecha de consulta: 07 de febrero de 2021].

España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (BOE, núm. 301, 17/12/2003, pág. 44742-44763). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101 [Fecha de consulta: 14 de febrero de 2021].

España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE, núm. 128, 29/05/2003, pág. 20567-20588). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715 [Fecha de consulta: 14 de febrero de 2021].

España. Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (BOE, núm. 142, 20/05/2020, 1-3). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-5142 [Fecha de consulta: 4 de febrero de 2021].

España. Circular 2/1990, de 1 de octubre, sobre la actualización de la reforma de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/abrir_fiscalia.php?id=FIS-C-1990-00002.pdf

Cataluña. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. (DOGC, núm. 3303, 11/01/2001, pág. 4121-4125**).** Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-2353 [Fecha de consulta: 4 de febrero de 2021].

B) ANEXO II. JURISPRUDENCIA

Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

STEDH (Cámara). Asunto *X c. Y*, de 26 de marzo de 1985. (§76. Protección de la vida privada). Disponible en: https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22tabview%22:[%22document%22],%22itemid%22:[%22001-165105%22]}

STEDH (Sección 4), Asunto *Glass c. Reino Unido*, de 9 de marzo de 2004. (§74. Sobre la dignidad y la integridad del ser humano). Disponible en: https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22fulltext%22:[%22glass%20vs%20united%22],%22documentcollectionid2%22:[%22GRANDCHAMBER%22,%22CHAMBER%22],%22itemid%22:[%22001-61663%22]}

STEDH (Sección 1), Asunto *Haas c. Suiza*, de 20 de enero de 2011. (§16. Respeto a la vida privada y familiar). Disponible en: https://insignis-aranzadidigital-es.sabidi.urv.cat

STEDH (Gran Sala), Asunto *Von Hannover contra Alemania*, de 7 de febrero de 2012. (§ 95. Sobre la vida privada del artículo 8 CEDH). Disponible en: https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22tabview%22:[%22document%22],%22itemid%22:[%22001-139414%22]}

Tribunal Constitucional.

STC 37/1980, de 15 de febrero de 1980. (FJ 7. Derecho a la intimidad personal).

STC 62/1982, de 15 de octubre de 1982. (FJ 5. Derecho a la integridad personal).

STC 53/1985, de 11 de abril de 1985. (FJ 3. Dignidad de la persona y aborto).

STC 53/1986, de 11 de abril de 1986. (FJ 3. Limitación del derecho de huelga).

STC 37/1989, de 15 de febrero de 1989. (FJ 7. Intimidad personal y la intimidad corporal).

STC 120/1990, de 27 de junio de 1990. (FJ 4-8. Dignidad y huelga de hambre de los GRAPO).

STC 137/1990, de 19 de julio de 1990. (FJ 10. Medios coercitivos y necesarios para la salud de los internos GRAPO).

STC 154/2002, de 18 de julio de 2002. (FJ 2-9. Transfusión de sangre).

STC 70/2009, de 23 de marzo de 2009. (FJ 2. Intimidad personal).

STC 37/2011, de 28 de marzo de 2011. (FJ 5-6. Huelga de hambre de los GRAPO y utilización de tratamientos médicos forzosos para la vida).

Tribunal Supremo.

STS 239/2000, de 7 de marzo de 2000. (FJ 7. Falta de información en trasplante).

STS 849/2000, de 26 de septiembre de 2000. FJ1. (Obligación médica de informar al paciente).

STS 4302/2007, de 23 de abril de 2007. (FJ3. Derecho de información en intervención médica).

STS 199/2013, de 11 de abril de 2013. (FJ 2. Infracción del consentimiento informado).

STS 4289/2015, de 23 de octubre de 2015, FD 3. (Infracción de la lex artis).

STS 719/2021, de 24 de mayo de 2021. FJ 4 d). (Limitación de derechos fundamentales por ley ordinaria).

C) ANEXO III. ABREVIATURAS

Art.	Artículos
CDFUE	Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea
CE	Constitución Española
CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos (Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales
Convenio de Oviedo	Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
FJ.	Fundamento Jurídico, fundamentos jurídicos.
JCA	Juzgado de lo Contencioso-Administrativo
LAP	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
LGS	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
LJCA	Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa
LOMESP	Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública
Pág.	Página, páginas.
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STEDH	Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
§	Párrafo, párrafos.

ÍNDICE DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO

Presentación del Trabajo de Investigación **3**

Revista Catalana de Dret Públic. **5**

Hospitalización y tratamientos médicos forzosos ante la COVID-19 ..... **5**

Resumen y palabras clave **5**

1 Autonomía del paciente **7**

1.1 Naturaleza jurídica del derecho 7

1.2 Concepto 9

1.3 Elementos esenciales 11

1.4 Límites de la autonomía del paciente 13

2 Derechos y deberes del paciente **14**

2.1 Derechos en el ámbito sanitario 14

2.1.1 Derecho a la intimidad, dignidad y privacidad 15

2.1.2 Derecho a la información asistencial, sanitaria y epidemiológica 15

2.1.3 Derecho a que se respete su voluntad 16

2.1.4 Derecho a reclamar 16

2.2 Deberes en el ámbito sanitario 17

2.2.1 Deber de cumplir con las prescripciones generales sanitarias comunes a toda la población 17

2.2.2 Deber de cuidar y respetar las instalaciones y el mantenimiento del centro sanitario 17

3 El consentimiento informado **17**

3.1 Concepto y contenido mínimo del consentimiento informado 17

3.2 El consentimiento desinformado 19

4 Hospitalización y tratamientos médicos forzosos ante la COVID-19 ..... **21**

4.1 Consideraciones generales 21

4.2 Requisitos necesarios 22

4.2.1 Autorización judicial 22

4.2.2 Ley orgánica 23

4.2.3 Principio de proporcionalidad, persecución de un fin concreto y limitación en el tiempo 24

5 Consideraciones finales **25**

Referencias bibliográficas **29**

ANEXOS TFG **32**

A) Anexo I. Normativa 32

B) Anexo II. Jurisprudencia 34
C) Anexo III. Abreviaturas..... 36