



INFORME DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL, INNOVACIÓN Y DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD, SOBRE LAS ALEGACIONES RECIBIDAS AL ANTEPROYECTO DE LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN ARAGÓN.

Mediante anuncio del Director General de Derechos y Garantías de los Usuarios (actualmente, Director General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios) publicado en el Boletín Oficial de Aragón de 29 de enero de 2020, se sometió a audiencia e información pública el Anteproyecto de Ley de derechos y deberes de los usuarios, ya inicialmente sometido a similares trámites en anterior legislatura, y cuya reiteración decidió, de conformidad con el artículo 37.6 de la Ley 2/2009, del Presidente y del Gobierno de Aragón, el Consejo de Gobierno en reunión de 17 de diciembre de 2019.

Efectuados los trámites de audiencia e información pública, en los mismos han participado las siguientes instituciones, órganos, organismos, asociaciones y particulares:

Alegante	Fecha recepción	Artículo
Consejo Aragonés de Consumidores y Usuarios	18-2-2020	2.3, 26.3, 35.2 y 3, 37, 38.4, 47.5, 50, 53 y 54, 65.1.i), 67, 68.1, 68.3, 71, 81, 82 y 90 y pregunta genérica.
Asociación Aragonesa de Enfermedades Neuromusculares (ASEM Aragón)	20-2-2020	37.2
Comité de Bioética de Aragón	20-02-2020	11, 23, 49 y 78.
Rivas García, Antonio	26-02-2020	71 y DT
Justicia de Aragón	27-02-2020	9, 18.3, 21.3, 30, 40, 67, DA Única
Crespo Emperador, Pedro Miguel	28-02-2020	Exposición de motivos, 17, 28, 52.2, Capítulo VIII del Título II, 65, 70.1, 76 y 77, 83, 84, 86.2 y 86.5, Título VII y una sugerencia genérica.
Federación Aragonesa de Médicos Titulares (FASAMET)	28-02-2020	5i), 28.2, 60b), 61h), 69.2, 73.1, 73.2, Título VI, 79, 81.3, 82.2b), 86, 90, DA1ª y DA Única.
Colegio de Enfermería	03-03-2020	4, 9 y 11, 12, 14.3, 21, 62 y 86.5.
Asociación para la atención a personas con alteración del comportamiento y discapacidad intelectual (CORDIAL)	03-03-2020	26, 48 y 72.2.
Sindicato de Enfermería (SATSE)	03-03-2020	4, 8.3, 12, 15.3, 16, 21.2, 29.2, 34, 34.1 y 61.

Las mismas se analizarán según el orden marcado por la tabla:

1. CONSEJO ARAGONÉS DE CONSUMIDORES Y USUARIOS.

El Consejo Aragonés de Consumidores y Usuarios, en relación al trámite de audiencia del presente Anteproyecto, hace suyas y aprueba, como alegaciones del propio Consejo, las presentadas a estos efectos por la Asociación de Consumidores Torre Ramona (ACTORA) y la Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas de Ahorro y Seguros (AICAR-ADICAE), que se exponen a continuación:



A.- Asociación de Consumidores Torre Ramona (ACTORA)

• **Artículo 2.3** *“Esta Ley será de aplicación a los usuarios de los servicios sanitarios de titularidad privada en lo relativo a los derechos de información y autonomía del paciente, así como en lo previsto sobre documentación clínica, intimidad y confidencialidad”.*

Pregunta por qué no se incorporan las infracciones y sanciones correspondientes a centros privados.

Alegación: Desestimada

El régimen sancionador prevé la imposición de sanciones a quienes cometan una infracción tipificada en la propia norma. Por tanto, en cuanto al proyectado artículo 2.3, la Ley resulta de aplicación a los servicios de titularidad privada en lo relativo a los derechos de información y autonomía del paciente, documentación clínica, intimidad y confidencialidad, por lo que las infracciones sancionadoras de un incumplimiento en dichos ámbitos son aplicables a los centros de titularidad privada.

• **Artículo 26.3** *“Se adoptarán las medidas apropiadas para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas con discapacidad sensorial mediante la incorporación de subtítulos, lengua de signos y otros recursos de apoyo a la comunicación.”*

Proponen incorporar al mismo la lectura fácil.

Alegación: - Estimada.

Se procede a modificar el texto.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 26. Atención a las personas con discapacidad sensorial. 3. Se adoptarán las medidas apropiadas para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas con discapacidad sensorial mediante la incorporación de subtítulos, lengua de signos y otros recursos de apoyo a la comunicación».	Artículo 26. Atención a las personas con discapacidad sensorial. 3. Se adoptarán las medidas apropiadas para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas con discapacidad sensorial mediante la incorporación de subtítulos, lengua de signos, lectura fácil y otros recursos de apoyo a la comunicación»

• **Artículo 35. 3** *“Los usuarios tendrán derecho a ejercitar el derecho de acceso, rectificación, supresión y oposición, sobre sus propios datos”.*

Considera oportuno, en relación a la historia en formato digital, incorporar los derechos reconocidos por el Reglamento (UE) 679/2016, a saber: acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de información y derechos Schengen.

Se estima adecuada su incorporación en los derechos reconocidos por la normativa de protección de datos.

Alegación: - Estimada.

Se procede a modificar el texto.



Texto previo	Texto resultante
Artículo 35. El acceso del paciente o usuario 3. Los usuarios tendrán derecho a ejercitar el derecho de acceso, rectificación, supresión y oposición, sobre sus propios datos”.	Artículo 35. El acceso del paciente o usuario 3. Los usuarios podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos, de limitación y oposición al tratamiento, así como cualesquiera otros que les puedan corresponder de acuerdo con la normativa de protección de datos».

• **Artículo 37.** “El acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos.

1. Los centros facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él por razones familiares como ascendientes, descendientes, cónyuges o análoga relación de afectividad, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite. Igualmente se facilitará el acceso a la historia clínica a las personas o instituciones designadas por el fallecido expresamente para ello.

2. En caso de fallecimiento de menores, el acceso podrá ejercitarse por sus representantes legales o por el Ministerio Fiscal. En caso de fallecimiento de discapacitados, además de los anteriores, el acceso podrá ejercitarse por quien desempeñe sus funciones de apoyo, si el acceso se entendiére comprendido dentro de éstas.

3. Aquellos a quien se reconoce el derecho de acceso de acuerdo a los apartados anteriores, podrán asimismo solicitar la rectificación o supresión de los datos obrantes en la misma, con pleno respeto a los límites previstos en el artículo 17 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.

4. El acceso a la historia clínica del paciente fallecido motivado por un riesgo para la salud de un tercero se limitará a los datos pertinentes. En ningún caso se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido.

5. En caso de que las solicitudes de acceso carezcan de fundamento o sean repetitivas, el órgano encargado de resolver la solicitud podrá:

a) Cobrar una tasa en función de los gastos ocasionados para tramitar la solicitud, con arreglo a las tarifas previstas en el Decreto Legislativo 1/2004, de 27 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Tasas de la Comunidad Autónoma de Aragón.

b) Negarse a actuar en relación a la solicitud.

En ambos supuestos, corresponde al órgano competente para resolver la prueba del carácter infundado o repetitivo de la solicitud”.

Se muestran contrarios al cobro de tasas, así como en la negativa a responder a una solicitud de acceso a la historia clínica del paciente fallecido.

Alegaciones: Desestimadas

-En relación al cobro de tasas en el supuesto de solicitudes de acceso, ha de indicarse que su carácter general es la gratuidad y únicamente se procederá a cobrarla en caso de que aquéllas fueran reiterativas o infundadas, incorporando la previsión contenida en el artículo 12.5.a) del Reglamento General de Protección de Datos.



-En cuanto a la negativa al acceso a datos de persona fallecida, la mencionada posibilidad, en caso de prohibición expresa del fallecido, viene establecida por la normativa básica, es decir, aquí, los artículos 3.1 de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales y 18.4 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

• **Artículo 38.4** *“En las quejas o reclamaciones que se presenten ante la Administración sanitaria como consecuencia de una actuación sanitaria, se entenderá implícita la autorización del paciente para que el personal que intervenga en la tramitación y resolución del citado procedimiento acceda a los datos de la historia clínica relacionados con la queja o reclamación”.*

Sugieren la eliminación del consentimiento implícito en relación a quejas o reclamaciones.

Alegación: Desestimada

Al respecto informar que las excepciones a la prohibición general de tratamiento de datos relativos a la salud establecida por el artículo 9.1 del Reglamento General de Protección de Datos se contienen en el apartado 2 de ese mismo artículo 9. Entre ellas, no sólo está el consentimiento explícito, sino también, de conformidad con el apartado f), la formulación, defensa y ejercicio de reclamaciones, así como con arreglo a la letra h), la gestión de sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, supuestos ambos que justifican el tratamiento de los datos para la tramitación de quejas, lo que por otro lado tiene completa lógica. De lo contrario, y sin contrastar la información necesaria, no podría resolverse adecuadamente la misma, lo que iría en perjuicio del propio reclamante.

• **Artículo 47.5** *“A los pacientes que requieran para su atención recursos asistenciales socio-sanitarios, se les facilitará el acceso a los mismos, debiendo coordinarse para la adecuada atención de problemas que requieran respuestas complejas”.*

Proponen incorporar en esa facilitación de la información a familias y/o tutores.

Alegación: Desestimada

No procede extender la obligación de facilitar información a familias y/o tutores dado que no es el propósito de este artículo. Una persona con trastorno mental y situación de dependencia no necesariamente está incapacitada para tomar sus propias decisiones y, en caso de que lo esté, tendrá un tutor que vele por sus intereses. Es evidente que en un momento dado el entorno doméstico y familiar puede ser el lugar de atención de la persona y los familiares los cuidadores informales de la misma. Por ello se prevé que los profesionales establezcan diálogo y vías de comunicación adecuadas para que esa atención familiar sea la adecuada, pero sin efectuar diferenciaciones, es decir, de la misma manera que con cualquier otra persona dependiente, sea cual sea el origen de su dependencia.

• **Artículo 50.** *“Libertad restringida.*

Las administraciones competentes velarán para que las personas con libertad restringida puedan ejercer los derechos relativos a la salud en igualdad de condiciones al resto de los ciudadanos. Se garantizará el acceso a la cartera de servicios común y suplementaria de la Comunidad Autónoma de Aragón y la necesaria coordinación entre



las administraciones para la protección y la promoción de la salud y la asistencia sanitaria de las personas con libertad restringida”.

Pregunta cómo garantizar la asistencia fuera de las carteras sanitarias en establecimientos penitenciarios.

Respuesta:

No hay diferencia con cualquier otro paciente, más allá de las lógicas derivadas de la situación de privación de libertad. El compromiso de la administración sanitaria en colaboración con la sanidad penitenciaria es el de garantizar que las personas privadas de libertad no vean limitado su acceso a las carteras de servicios común y complementaria, de modo que puedan acceder a ellas, si lo necesitan, en condiciones similares a los de cualquier otro ciudadano.

• **Artículo 53.** “Derecho de participación.

1. *Los usuarios de los servicios sanitarios y los ciudadanos en general tienen derecho a participar de modo efectivo en las actividades de análisis y diagnóstico del estado de salud de la población en la Comunidad Autónoma de Aragón, en la planificación de los servicios de atención sanitaria y salud pública, y en el control y evaluación de su gestión.*
2. *El derecho a participar se podrá ejercer tanto a título individual como a través de las organizaciones que representen a los usuarios. Las administraciones públicas competentes establecerán los procedimientos específicos de participación según los casos.*
3. *El derecho a la participación se asegurará en todos aquellos centros públicos y privados que reciban fondos públicos”.*

• **Artículo 54.** “Mecanismos de participación.

1. *Las administraciones públicas competentes promoverán un modelo o marco general de participación en salud.*
2. *Los ciudadanos podrán participar de forma individual presentando sugerencias acerca del funcionamiento de los servicios o como miembros de los órganos colegiados con función asesora o consultiva.*
3. *La administración pública competente en materia de salud impulsará nuevas formas de participación de las organizaciones representativas y asociaciones con intereses en la salud, así como de los ciudadanos en general. El marco general de participación en salud impulsará la investigación sobre modelos innovadores y formas efectivas de participación en salud”.*

Proponen añadir, en la referencia a organizaciones de usuarios, que se hallen inscritos en los correspondientes registros autonómicos y a su legitimidad.

Alegación: Desestimada

La legitimidad, en los términos previstos por el artículo 4.2 de la Ley 39/2015, que exige para el reconocimiento a una asociación u organización de interés legítimo el reconocimiento por una Ley, ya se infiere de la delimitación de entre las asociaciones a las que representen a los usuarios.



Tampoco se considera adecuado limitar la participación a aquellas organizaciones inscritas en *los correspondientes registros autonómicos pertinentes*, singularmente si la referencia se realiza no a los diferentes registros autonómicos en materia de consumo de las diferentes Comunidades Autónomas sino a los diferentes registros sectoriales de la Administración autonómica aragonesa. Aun si se refiere a esta última posibilidad, se manifiesta más adecuada la redacción actual, en línea con el artículo noventa y dos de la Ley 14/1986, General de Sanidad, en orden a no dificultar la participación a organizaciones de usuarios de ámbito territorial supraautonómico.

• **Artículo 65.1.i)** *“Colaborar con entidades y organizaciones representativas de pacientes y usuarios”.*

Sugieren introducir, en relación a las organizaciones, la exigencia de la legitimidad e inscripción en registro.

Alegación: Desestimada

El apartado versa sobre las funciones de los Servicios de Información y Atención al Usuario, no correspondiendo al mismo detallar las características de las organizaciones de pacientes, máxime en la medida en que se perfilan en otros artículos.

• **Artículo 68.** *“Reclamaciones patrimoniales.*

1. Los pacientes y usuarios del Sistema de Salud de Aragón tendrán derecho a ser indemnizados por los daños antijurídicos que puedan derivarse del funcionamiento normal o anormal de los servicios sanitarios, con sujeción a las normas que regulan la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas”.

Solicita aclaración sobre el término antijurídico.

Respuesta:

En este concreto sentido, se refiere a los daños que el particular no tiene la obligación de soportar por el funcionamiento normal o anormal de la administración, de acuerdo con la legislación básica en materia de responsabilidad patrimonial. Así, el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público: *«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley»*

En este sentido, la jurisprudencia del Tribunal Supremo tiende a delimitar sus contornos. Al efecto, dice la sentencia de 16 de febrero de 2009: *«En esta tesitura, como hemos subrayado en la citada sentencia de 14 de julio de 2008 (FJ 4º) y en la de 22 de septiembre del mismo año (casación para la unificación de doctrina 324/07, FJ 3º), para determinar si un sujeto de derecho está obligado jurídicamente a soportar el daño que le ha infligido el funcionamiento de un servicio público, uno de los elementos a tomar en consideración es la naturaleza misma de la actividad administrativa. Decíamos entonces que el panorama no es igual si se trata del ejercicio de potestades discrecionales, en las que la Administración puede optar entre diversas alternativas, indiferentes jurídicamente, sin más límite que la arbitrariedad que proscribe el artículo 9, apartado 3, de la*



*Constitución, que, si actúa poderes reglados, en lo que no dispone de margen de apreciación, limitándose a ejecutar los dictados del legislador. Y ya en este segundo grupo, habrá que discernir entre aquellas actuaciones en las que la predefinición agotadora alcanza todos los elementos de la proposición normativa y las que, acudiendo a la técnica de los conceptos jurídicos indeterminados, impelen a la Administración a alcanzar en el caso concreto la única solución justa posible mediante la valoración de las circunstancias concurrentes, para comprobar si a la realidad sobre la que actúa le conviene la proposición normativa delimitada de forma imprecisa. **Si la solución adoptada se produce dentro de los márgenes de lo razonable y de forma razonada, el administrado queda compelido a soportar las consecuencias perjudiciales que para su patrimonio jurídico derivan de la actuación administrativa, desapareciendo así la antijuridicidad de la lesión»***

Descendiendo al detalle, en el ámbito sanitario se tiene a perfilar más aún, orientándose no a todo daño, sino a aquellos ocasionados en infracción de la denominada *lex artis ad hoc*. Así, nos expresa la Sentencia también del Tribunal Supremo, de 16 de marzo de 2005: «La infracción denunciada no se ha producido dado que, como se razona en la sentencia recurrida, al no apreciarse la existencia de una infracción de la *lex artis* en materia sanitaria, es reiterada la jurisprudencia de la Sala que entiende que no se produce el requisito de antijuridicidad del daño, exigible conforme a la Ley de Régimen Jurídico para que el mismo sea susceptible de indemnización, y por ello dicho daño ha de ser soportado por el paciente partiendo del principio de que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño puesto que, en definitiva, lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente»

• **Artículo 68.3** “La presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial por parte del interesado o sus representantes llevará implícita la autorización para acceder a los datos de la historia clínica del paciente o usuario por parte de quienes deban intervenir en la tramitación del procedimiento de responsabilidad, acceso que se limitará exclusivamente a tal fin”.

Se opone al acceso implícito a datos.

Alegación: Desestimada

La respuesta es similar a la dada en relación al artículo 38.4.

• **Artículo 81.** “Infracciones.

1. Son infracciones en materia de derechos y deberes de los usuarios del Sistema de Salud las acciones u omisiones que se tipifican en esta ley y en el resto de la normativa sanitaria específica aplicable.

2. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud de las personas, gravedad de la alteración sanitaria o social producida, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad y reincidencia en las mismas.



3. *En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pondrá los hechos en conocimiento de la jurisdicción competente y se producirá la suspensión del procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme. En el caso de que en ésta no se aprecie existencia de delito, la Administración continuará el procedimiento sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hubieran declarado probados”.*

Pregunta por qué se suspende la instrucción de un procedimiento sancionador en caso de apreciar la existencia de un ilícito penal.

Respuesta:

Esta paralización es una consecuencia derivada del reparto del *ius puniendi* del Estado entre los órganos jurisdiccionales y la Administración Pública, y la preferencia en su ejercicio por aquéllos. En su delimitación, declaraba la Sentencia 77/1983 del Tribunal Constitucional: «La subordinación de los actos de la Administración de imposición de sanciones a la Autoridad judicial, exige que la colisión entre una actuación jurisdiccional y una actuación administrativa haya de resolverse en favor de la primera. De esta premisa son necesarias consecuencias las siguientes: a) el necesario control a posteriori por la Autoridad judicial de los actos administrativos mediante el oportuno recurso; b) la imposibilidad de que los órganos de la Administración lleven a cabo actuaciones o procedimientos sancionadores, en aquellos casos en que los hechos puedan ser constitutivos de delito o falta según el Código Penal o las leyes penales especiales, mientras la Autoridad judicial no se haya pronunciado sobre ellos; c) la necesidad de respetar la cosa juzgada.

(...)

La Sentencia de este Tribunal de 30 de enero de 1981 («Boletín Oficial del Estado» núm. 47, de 24 de febrero) reconoce el principio llamado de *non bis in idem* íntimamente unido al principio de legalidad de las infracciones que recoge el art. 25 de la Constitución. El principio *non bis in idem* determina una interdicción de la duplicidad de sanciones administrativas y penales respecto de unos mismos hechos, pero conduce también a la imposibilidad de que, cuando el ordenamiento permite una dualidad de procedimientos, y en cada uno de ellos ha de producirse un enjuiciamiento y una calificación de unos mismos hechos, el enjuiciamiento y la calificación que en el plano jurídico puedan producirse, se hagan con independencia, si resultan de la aplicación de normativas diferentes, pero que no pueda ocurrir lo mismo en lo que se refiere a la apreciación de los hechos, pues es claro que unos mismos hechos no pueden existir y dejar de existir para los órganos del Estado.

Consecuencia de lo dicho, puesto en conexión con la regla de la subordinación de la actuación sancionadora de la Administración a la actuación de los Tribunales de justicia es que la primera, como con anterioridad se dijo, no puede actuar mientras no lo hayan hecho los segundos y deba en todo caso respetar, cuando actúe a posteriori, el planteamiento fáctico que aquéllos hayan realizado, pues en otro caso se produce un ejercicio del poder punitivo que traspasa los límites del art. 25 de la Constitución y viola el derecho del ciudadano a ser sancionado sólo en las condiciones estatuidas por dicho precepto».

En consideración a tal parecer del superior intérprete de la Constitución, la legislación positiva ha ido regulando esa preferencia:



El artículo 10.2 de la Ley Orgánica 6/1985, del Poder Judicial, dice lo siguiente: «No obstante, la existencia de una cuestión prejudicial penal de la que no pueda prescindirse para la debida decisión o que condicione directamente el contenido de ésta determinará la suspensión del procedimiento mientras aquélla no sea resuelta por los órganos penales a quienes corresponda, salvo las excepciones que la ley establezca». Mientras, el artículo 77.4 de la Ley 39/2015, más expreso, establece la vinculación de la Administración en sus procedimientos sancionadores a los hechos declarados probados por resoluciones judiciales penales firmes.

• **Artículo 90.** “Destino del importe de las sanciones.

La Administración de la Comunidad Autónoma destinará los ingresos derivados de la imposición de las sanciones establecidas en esta Ley a la mejora de la calidad y cobertura del Sistema de Salud de Aragón”.

Plantea la posibilidad de destinar el importe de las multas impuestas a la restitución de derechos de personas perjudicadas.

Alegación: Desestimada

La alegación planteada incide en una esfera diferente a la de la multa. Ésta tiene por objeto el castigo de la conducta ilícita, de forma que su comisión no resulte más beneficiosa que la abstención de la misma, la indemnización, compatible con la anterior y derivada del artículo 1902 del Código Civil, se orienta a evitar el padecer las consecuencias de un daño injusto.

Ambas figuras, compatibles entre sí, aparecen delimitadas en el artículo 28.2 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público: «Las responsabilidades administrativas que se deriven de la comisión de una infracción serán compatibles con la exigencia al infractor de la reposición de la situación alterada por el mismo a su estado originario, así como con la indemnización por los daños y perjuicios causados».

Cuestión genérica: manifiesta su desconocimiento sobre la afectación que una ley de eutanasia podría tener tanto sobre el Anteproyecto de Ley de derechos como en la ya vigente Ley 10/2011, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

Esta cuestión se analiza más adelante en el presente informe, en el que se reflejan los cambios en este Anteproyecto de Ley derivados de la aprobación de la Ley estatal.

B.- Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas de Ahorro y Seguros (AICAR-ADICAE).

• **Artículo 35.2** “El acceso se limitará a los datos objetivos que constan en la historia clínica y no se extenderá a datos aportados por terceras personas, recogidos en interés del propio paciente o usuario, ni las anotaciones subjetivas de los profesionales, salvo autorización expresa de los mismos”.

Se oponen a la limitación del acceso a las anotaciones subjetivas del historial clínico.

Alegación: Desestimada

Tal limitación resulta consecuencia obligada de lo dispuesto por la legislación básica, que únicamente considera el acceso a dichas anotaciones subjetivas en el caso de no



oposición a las mismas de los participantes, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 18.3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: «El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas».

• **Artículo 67.** Quejas, sugerencias y agradecimientos.

1. “Los usuarios o personas que los representen podrán presentar quejas cuando consideren que se ha vulnerado alguno de los derechos recogidos en la presente ley respecto de la atención recibida o se sientan perjudicados por la gestión y el funcionamiento de los servicios a los que acceden.

2. Los usuarios y las personas jurídicas podrán presentar sugerencias cuando observen oportunidades de mejora en la gestión y el funcionamiento de los servicios sanitarios a los que acceden o conocen, aun cuando ellos mismos no se sientan perjudicados por dicho funcionamiento.

3. Del mismo modo, cuando los usuarios o personas que los representen observen un buen funcionamiento en los servicios y una especial dedicación de los profesionales que consideren dignas de elogio, podrán presentar felicitaciones o agradecimientos ante los responsables de los mismos.

4. Corresponde al departamento competente en materia de sanidad disponer los medios y procedimientos necesarios y en los diferentes soportes para garantizar el derecho de los ciudadanos a presentar quejas, sugerencias y agradecimientos. Todos los centros sanitarios informarán y dispondrán de modelos normalizados para su presentación, aunque se admitirán igualmente en cualquier otro soporte siempre que incluyan unos mínimos de identificación y contenido.

5. Los Servicios de Información y Atención al Usuario de Salud son los competentes para la gestión y tramitación de las quejas, sugerencias y agradecimientos que se formulen en relación con los centros y servicios del Sistema de Salud de su área de influencia”.

Respecto a la resolución de quejas, propone aclarar cómo, en qué plazo y quién resuelve quejas, así como si se realiza un análisis anual sobre ellas.

Alegaciones: Desestimadas

En cuanto al **cómo**, el procedimiento se halla regulado por la Ley 5/2013, de 20 de junio, de Calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, y su concreción en el ámbito sanitario se desarrolla por la Orden SAN/1368/2018, de 7 de agosto, por la que se regula la organización y coordinación de los Servicios de Información y Atención al Usuario del Sistema de Salud y el procedimiento de tramitación de quejas, sugerencias, agradecimientos y gestiones de apoyo a los usuarios.

En lo que respecta al **plazo**, éste viene determinado por el artículo 32.1 de la mencionada Ley 5/2013: «El responsable de la unidad u organismo competente sobre cuyo



funcionamiento se haya formulado la sugerencia o queja dará contestación a la misma en el plazo de un mes».

En lo referente al **órgano superior al que recurrir** en caso de no estar de acuerdo con la resolución, es el apartado 3 del citado artículo 32 de la Ley 5/2013 el que lo establece: «Si, transcurrido el plazo reglamentariamente establecido, no se hubiese obtenido ninguna respuesta de la Administración pública, el ciudadano podrá dirigirse a la Inspección General de Servicios para informarse de los motivos de la falta de contestación y para que dicha Inspección proponga, en su caso, a los órganos competentes la adopción de las medidas que considere oportunas».

La última cuestión en relación al presente artículo la efectúa sobre si se realizará un **análisis anual** sobre las quejas y su resolución.

Al respecto, este análisis anual sería conveniente pero estas cuestiones deberán contemplarse en un futuro en el desarrollo reglamentario que se efectúe.

• **Artículo 71.** “Derecho a recibir asistencia sanitaria en un plazo máximo.

1. Los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a acceder a la cartera de servicios ofertada, en los plazos de tiempo máximos establecidos reglamentariamente. Esta asistencia sanitaria se podrá prestar en centros públicos o en centros privados.

2. El departamento competente en materia de sanidad establecerá el sistema de garantía para el supuesto de que se supere el plazo máximo aplicable sin que el paciente haya sido atendido en el centro determinado por el Servicio Aragonés de Salud, al objeto de posibilitar la asistencia en otro centro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón que elija el usuario, con cargo al Servicio Aragonés de Salud, de conformidad con los requisitos, condiciones y procedimiento determinados reglamentariamente.

3. La administración sanitaria informará adecuadamente a los usuarios de los mecanismos para acogerse a las garantías de plazos”.

Considera imprescindible desarrollar reglamentariamente el plazo máximo sobre acceso a servicios de salud.

Alegación: Desestimada

Existe ya este desarrollo reglamentario. El mismo se aprobó por Decreto 116/2009 del Gobierno de Aragón, sobre plazos máximos de respuesta en la asistencia sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón. No obstante, es previsión del centro directivo que ha elaborado el Anteproyecto proceder a su actualización una vez aprobada, en su caso, la Ley cuyo anteproyecto es objeto de las presentes alegaciones.

• **Artículo 82.** “Infracciones leves.

Son infracciones leves.

1. De los usuarios:

a) El incumplimiento del régimen de visitas establecido por los centros y servicios sanitarios, así como los horarios que regulan su actividad.



b) *La utilización indebida, abusiva o irresponsable de los recursos y prestaciones sanitarias que no respondan a una necesidad objetiva.*

c) *El incumplimiento del deber de las personas de responsabilizarse de su estado de salud o de las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población cuando de ello puedan derivarse riesgos para la salud de terceras personas.*

2. De los profesionales:

a) *El acceso a la documentación clínica por simple negligencia sin reunir los requisitos que legitiman para ello, siempre que no haya existido uso indebido de la información contenida en ella.*

b) *El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los informes y certificados acreditativos del estado de salud de pacientes o usuarios.*

c) *Las simples irregularidades en el cumplimiento de lo establecido en la presente Ley, sin repercusión directa en la salud, cometidas por negligencia leve.*

d) *La omisión del deber de vigilancia o falta de los controles o precauciones exigibles en la actividad sanitaria a cada profesional.*

1. De ambos:

a) *La destrucción, menoscabo o deterioro de bienes, instalaciones y equipamientos sanitarios, siempre que no afecte al normal funcionamiento del centro, servicio o establecimiento sanitario.*

b) *La realización de actos que alteren o perturben el normal funcionamiento del centro, servicio o establecimiento sanitario o sus condiciones de habitabilidad”.*

Reclaman mayor claridad sobre qué es uso irresponsable y quién lo va a definir.

Alegación: Desestimada

El mismo se trata de un concepto jurídico indeterminado, que ha de permitir un margen de apreciación razonable. No obstante, el apartado 1.b) ofrece una previsibilidad suficiente: en primer lugar, los términos *indebido*, *abusivo* e *irresponsable* hacen referencia a una noción relativa a un exceso manifiesto, que exceda por completo de cualquier uso ordinario. Habida cuenta de la diferencia entre los diferentes servicios y entre las patologías de los diferentes pacientes, no procede delimitar pautas que no queden exentas de apreciación. En todo caso, como también indica el artículo, el uso no ha de responder a *una necesidad objetiva*.

2.- Asociación Aragonesa de Enfermedad Neuromusculares (ASEM Aragón).

• **Artículo 37.2.** *“En caso de fallecimiento de menores, el acceso podrá ejercitarse por sus representantes legales o por el Ministerio Fiscal. En caso de fallecimiento de discapacitados, además de los anteriores, el acceso podrá ejercitarse por quien desempeñe sus funciones de apoyo, si el acceso se entendiérese comprendido dentro de éstas”.*

Sugieren sustituir el término *discapacitados* por el de *personas con discapacidad*.

Alegación: Estimada

Se considera procedente la inclusión del término propuesto, no sólo de acuerdo al Decreto 1856/2009 indicado, sino también de conformidad con la nomenclatura del Real



Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. De forma que queda redactado de la manera que sigue: «En caso de fallecimiento de menores, el acceso podrá ejercitarse por sus representantes legales o por el Ministerio Fiscal. En caso de fallecimiento de personas con discapacidad, además de los anteriores, el acceso podrá ejercitarse por quien desempeñe sus funciones de apoyo, si el acceso se entendiére comprendido dentro de éstas»

Se procede a modificar el texto:

Texto previo	Texto resultante
Artículo 37. El acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos 2. «En caso de fallecimiento de menores, el acceso podrá ejercitarse por sus representantes legales o por el Ministerio Fiscal. En caso de fallecimiento de discapacitados, además de los anteriores, el acceso podrá ejercitarse por quien desempeñe sus funciones de apoyo, si el acceso se entendiére comprendido dentro de éstas».	Artículo 37. El acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos 2. «En caso de fallecimiento de menores, el acceso podrá ejercitarse por sus representantes legales o por el Ministerio Fiscal. En caso de fallecimiento de personas con discapacidad , además de los anteriores, el acceso podrá ejercitarse por quien desempeñe sus funciones de apoyo, si el acceso se entendiére comprendido dentro de éstas»

3.- Comité de Bioética de Aragón

• **Artículo 11.** “Confidencialidad de datos genéticos y biométricos.

1. El derecho de confidencialidad comprende la información referida a sus datos genéticos. Los centros sanitarios y de investigación garantizarán la protección de la intimidad personal y del tratamiento confidencial de los resultados de los análisis genéticos sometidos al deber de secreto para quienes, en el cumplimiento de sus funciones, accedan a los datos.

2. Cuando la información obtenida, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud del paciente y la de sus familiares biológicos, se informará al propio paciente o sus representantes legales según la legislación vigente. El facultativo podrá recabar la consulta del comité de ética asistencial.

3. De conformidad con los artículos 15.1 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y 9.1 del Reglamento General de protección de datos, el tratamiento de datos biométricos relativos a las características físicas, fisiológicas o conductuales de una persona que permitan su identificación sólo podrá ser autorizado con el consentimiento del usuario, salvo las excepciones previstas en la Disposición Adicional Decimoseptima de la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos y garantía de derechos digitales”.

Propone sustituir «se informará al propio paciente» por «se informará a los potenciales afectados».

Alegación: Estimada

Parece oportuno añadir a los potenciales afectados con el objeto de evitar un grave perjuicio para la salud del paciente y de sus familiares biológicos adoptando las oportunas cautelas.



Se procede a modificar el texto.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 11. Confidencialidad de datos genéticos y biométricos 2 “Cuando la información obtenida, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud del paciente y la de sus familiares biológicos, se informará al propio paciente o sus representantes legales según la legislación vigente. El facultativo podrá recabar la consulta del comité de ética asistencial”.	Artículo 11. Confidencialidad de datos genéticos y biométricos 2 “Cuando la información obtenida, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud del paciente y la de sus familiares biológicos, se informará a los potenciales afectados o sus representantes legales según la legislación vigente, limitando, en el caso de información proporcionada a posibles afectados distintos del paciente, a los datos estrictamente necesarios para lograr la finalidad perseguida. El facultativo podrá recabar la consulta del comité de ética asistencial”.

• **Artículo 23.** “Negativa a recibir un procedimiento sanitario.

1. Cuando se produzca una negativa a recibir un procedimiento, intervención o tratamiento deberá reflejarse por escrito y se informará a los interesados sobre otras alternativas posibles, ofertándolas si están disponibles en el centro, aunque tengan carácter paliativo. De todo ello, quedará constancia documentada en la historia clínica.

2. De no existir procedimientos alternativos disponibles en el centro o de rechazarse todos ellos, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Si se negase a ello, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa.

3. En casos de no aceptación del alta forzosa, la dirección, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oír al paciente y si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del órgano judicial para que confirme o revoque el alta forzosa”.

Solicitan que se incluya un apartado especificando la firma a ruego en cuanto a la negativa a recibir un procedimiento sanitario si el interesado no puede manifestar su voluntad en ese momento, de manera similar a como se establece en el artículo 8 de la Ley 10/2011, de 24 de marzo de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

Alegación: Desestimada

El interesado ha tenido que manifestar ese consentimiento en su momento mediante los instrumentos que le ofrece la normativa, tales como las voluntades anticipadas.

• **Artículo 49.** “Soledad.

La administración sanitaria, en coordinación con los recursos y programas de servicios sociales disponibles, desarrollará actuaciones para favorecer el ejercicio de los derechos relativos a la asistencia sanitaria en los distintos niveles de atención de aquellas personas que se encuentren en situación de soledad, tratando de aliviar las carencias de apoyo familiar y social”.

Sugieren añadir a aquellas personas que no hallándose en una situación de estricta soledad se encuentren en un estado equivalente, tales como parejas de avanzado edad.

Alegación: Estimada



Se considera conveniente incluir a este colectivo de personas y asimilarlo a la situación de soledad no deseada.

Se procede a modificar el texto.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 49. Soledad “La administración sanitaria, en coordinación con los recursos y programas de servicios sociales disponibles, desarrollará actuaciones para favorecer el ejercicio de los derechos relativos a la asistencia sanitaria en los distintos niveles de atención de aquellas personas que se encuentren en situación de soledad, tratando de aliviar las carencias de apoyo familiar y social”.	Artículo 49. Soledad “La administración sanitaria, en coordinación con los recursos y programas de servicios sociales disponibles, desarrollará actuaciones para favorecer el ejercicio de los derechos relativos a la asistencia sanitaria en los distintos niveles de atención de aquellas personas que se encuentren en situación de soledad, tratando de aliviar las carencias de apoyo familiar y social, considerando de igual modo la situación de parejas de avanzada edad que no cuentan con el apoyo necesario ”.

• **Artículo 78.** Actividades de investigación sanitaria.

1. “Las administraciones públicas impulsarán actividades de investigación, así como la difusión de sus resultados entre profesionales y ciudadanos.

2. Los pacientes que participen en actividades de investigación deberán ser informados detalladamente de los objetivos de las mismas, de los derechos y obligaciones que tienen como participantes en el estudio y deberán otorgar su consentimiento por escrito en un documento redactado con lenguaje claro y comprensible. De la participación en actividades de investigación quedará constancia en la historia clínica del paciente.

3. Los pacientes podrán oponerse al tratamiento de sus datos con fines de investigación médica, con excepción de lo previsto por la Disposición Adicional Decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.

4. El nivel y calidad de la asistencia sanitaria recibida no se verá afectada negativamente al participar en un estudio de investigación. Los derechos y deberes contemplados en esta ley seguirán estando vigentes y sometidos a una especial protección.

5. Todas las personas participantes en una actividad de investigación podrán revocar su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de exponer sus motivos”.

Proponen añadir en cuanto a la investigación sanitaria: «se impulsará la participación de usuarios y pacientes en el diseño y planificación de proyectos de investigación, para tomar en consideración su perspectiva, tanto en los objetivos de los estudios como en la participación de las personas como sujetos de investigación».

Alegación: Estimada

Se procede a modificar el texto.



Texto previo	Texto resultante
Artículo 78. Actividades de investigación sanitaria. 1. "Las administraciones públicas impulsarán actividades de investigación, así como la difusión de sus resultados entre profesionales y ciudadanos. 2. Los pacientes que participen en actividades de investigación deberán ser informados detalladamente de los objetivos de las mismas, de los derechos y obligaciones que tienen como participantes en el estudio y deberán otorgar su consentimiento por escrito en un documento redactado con lenguaje claro y comprensible. De la participación en actividades de investigación quedará constancia en la historia clínica del paciente. 3. Los pacientes podrán oponerse al tratamiento de sus datos con fines de investigación médica, con excepción de lo previsto por la Disposición Adicional Decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales. 4.El nivel y calidad de la asistencia sanitaria recibida no se verá afectada negativamente al participar en un estudio de investigación. Los derechos y deberes contemplados en esta ley seguirán estando vigentes y sometidos a una especial protección. 5.Todas las personas participantes en una actividad de investigación podrán revocar su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de exponer sus motivos".	Artículo 78. Actividades de investigación sanitaria. 1. "Las administraciones públicas impulsarán actividades de investigación, así como la difusión de sus resultados entre profesionales y ciudadanos. 2. Los pacientes que participen en actividades de investigación deberán ser informados detalladamente de los objetivos de las mismas, de los derechos y obligaciones que tienen como participantes en el estudio y deberán otorgar su consentimiento por escrito en un documento redactado con lenguaje claro y comprensible. De la participación en actividades de investigación quedará constancia en la historia clínica del paciente. 3. Los pacientes podrán oponerse al tratamiento de sus datos con fines de investigación médica, con excepción de lo previsto por la Disposición Adicional Decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales. 4.El nivel y calidad de la asistencia sanitaria recibida no se verá afectada negativamente al participar en un estudio de investigación. Los derechos y deberes contemplados en esta ley seguirán estando vigentes y sometidos a una especial protección. 5.Todas las personas participantes en una actividad de investigación podrán revocar su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de exponer sus motivos". 6. Se impulsará la participación de usuarios y pacientes en el diseño y planificación de proyectos de investigación, para tomar en consideración su perspectiva, tanto en los objetivos de los estudios como en la participación de las personas como sujetos de investigación».

4.- Antonio Rivas García, particular.

• **Artículo 71:** "Derecho a recibir asistencia sanitaria en un plazo máximo.

1. Los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a acceder a la cartera de servicios ofertada, en los plazos de tiempo máximos establecidos reglamentariamente. Esta asistencia sanitaria se podrá prestar en centros públicos o en centros privados.

2. El departamento competente en materia de sanidad establecerá el sistema de garantía para el supuesto de que se supere el plazo máximo aplicable sin que el paciente haya sido atendido en el centro determinado por el Servicio Aragonés de Salud, al objeto de posibilitar la asistencia en otro centro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón que elija el usuario, con cargo al Servicio Aragonés de Salud, de conformidad con los requisitos, condiciones y procedimiento determinados reglamentariamente.

3. La administración sanitaria informará adecuadamente a los usuarios de los mecanismos para acogerse a las garantías de plazos".

Considera que su redacción en cuanto a plazos es excesivamente genérica y debiera ser más precisa y dejar menos margen a la norma reglamentaria.

Alegación: Desestimada

No resulta excesivamente genérica puesto que quedará delimitada en el oportuno desarrollo reglamentario.



• **Disposición Transitoria:**

Pregunta si siguen vigentes en el momento en que eventualmente se aprobase la ley en cuyo Anteproyecto se trabaja si la redacción se mantuviese.

Respuesta: Si no se derogan expresamente se mantendrán en tanto no contraven gan el tenor de la Ley hasta que se invaliden por otra norma de igual o superior rango.

5.- Justicia de Aragón.

• **Artículo 9.** “Destinatarios de la información.

1. El paciente es el titular del derecho a la información que constituye una parte esencial de la actuación asistencial. No obstante, podrán ser informados los familiares o personas allegadas al paciente, cuando éste manifieste su conformidad de manera expresa o tácita. El paciente podrá prohibir que se proporcione información a otras personas, dejando constancia de ello en la historia clínica.

2. La información es imprescindible para la prestación del consentimiento previo a toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente y sirve para valorar las opciones propias del caso”.

Proponen añadir un apartado tercero que rece lo siguiente: «La información se ofrecerá al paciente teniendo en consideración [a] sus facultades y capacidad de comprensión, de acuerdo con lo previsto en los artículos 12 y 13 de la Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad de Aragón. No obstante, lo anterior, si a juicio del médico responsable no tiene capacidad alguna, por sus condiciones físicas o mentales, para entender la información, esta se ofrecerá a las personas allegadas mencionadas en el apartado uno».

Alegación: Desestimada.

No se entiende necesario incluir esta aclaración dado que una persona con discapacidad, salvo que esté incapacitado legalmente, entra dentro del caso general.

• **Artículo 18.3:** “En especial, los menores, las personas con discapacidad y las personas en situación de dependencia tienen derecho a estar acompañados por sus padres o tutores, sus representantes legales por un familiar o persona de su confianza, respectivamente, excepto en los casos y situaciones en que esta presencia sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria”.

Apuntan la posibilidad de introducir el inciso «los mayores».

Alegación: Desestimada

No procede la inclusión ya que ser una persona mayor no implica estar tutelado. Sólo está sujeto a tutela por incapacidad legal o sobrevenida, comprobada clínicamente.

• **Artículo 21.3:** “El consentimiento informado se efectuará de forma expresa y por escrito cuando el paciente deba ser sometido a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que suponga riesgos notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Este consentimiento informado también se recabará de la mujer embarazada en los supuestos de riesgos para la salud del feto”.

Sugieren que se incluya el término «intervención quirúrgica».

Alegación: Desestimada



La intervención quirúrgica es un procedimiento terapéutico por lo que no es necesario realizar esta precisión al estar ya incluida en la denominación general.

• **Artículo 30:** “Contenido de la historia clínica.

El contenido de la historia clínica y su formato se determinará reglamentariamente, respetando las previsiones de la legislación básica estatal, para todos los centros públicos, incluidos aquellos que presten servicios financiados por las administraciones públicas, de tal forma que todas ellas puedan ser sometidas a controles y auditorías para garantizar la calidad de las mismas y la preservación del derecho de los usuarios a disponer de una documentación clínica adecuada”.

Contemplan la posibilidad de introducir una serie de datos mínimos que han de constar en historia clínica al objeto de evitar remisiones normativas.

Alegación: Desestimada

No procede porque ese contenido mínimo es un elemento reglamentario que afecta a la gestión de la atención sanitaria y no tiene sentido en una norma con rango de ley.

• **Artículo 40:** “Custodia y gestión.

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios archivarán las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea su soporte, en instalaciones que garanticen la seguridad, la correcta conservación y la recuperación de la información, debiendo adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales y evitar su destrucción o pérdida accidental, así como el acceso, alteración, comunicación o cualquier tratamiento no autorizado.

2. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios establecerán los mecanismos necesarios para garantizar la autenticidad del contenido de la historia clínica y la posibilidad de su reproducción futura. En cualquier caso, deberá garantizarse que queden registrados todos los cambios y la identificación de los profesionales del sistema sanitario que los han realizado”.

Sugieren que se debería incluir el párrafo «corresponde la custodia de la historia clínica al centro sanitario en donde se presta la asistencia sanitaria al paciente».

Alegación: Desestimada

No es necesario dado que está incluido en otros preceptos legales.

• **Artículo 67:** “Quejas, sugerencias y agradecimientos.

1. Los usuarios o personas que los representen podrán presentar quejas cuando consideren que se ha vulnerado alguno de los derechos recogidos en la presente ley respecto de la atención recibida o se sientan perjudicados por la gestión y el funcionamiento de los servicios a los que acceden.

2. Los usuarios y las personas jurídicas podrán presentar sugerencias cuando observen oportunidades de mejora en la gestión y el funcionamiento de los servicios sanitarios a los que acceden o conocen, aun cuando ellos mismos no se sientan perjudicados por dicho funcionamiento.

3. Del mismo modo, cuando los usuarios o personas que los representen observen un buen funcionamiento en los servicios y una especial dedicación de los profesionales



que consideren dignas de elogio, podrán presentar felicitaciones o agradecimientos ante los responsables de los mismos.

4. Corresponde al departamento competente en materia de sanidad disponer los medios y procedimientos necesarios y en los diferentes soportes para garantizar el derecho de los ciudadanos a presentar quejas, sugerencias y agradecimientos. Todos los centros sanitarios informarán y dispondrán de modelos normalizados para su presentación, aunque se admitirán igualmente en cualquier otro soporte siempre que incluyan unos mínimos de identificación y contenido.

5. Los Servicios de Información y Atención al Usuario de Salud son los competentes para la gestión y tramitación de las quejas, sugerencias y agradecimientos que se formulen en relación con los centros y servicios del Sistema de Salud de su área de influencia”.

Proponen que se añada a la redacción el párrafo «*las quejas presentadas por los usuarios de los servicios de información y Atención al Usuario se contestarán por escrito en un plazo adecuado y darán respuesta a las cuestiones concretas planteadas por los usuarios de forma motivada*».

Alegación: Desestimada

El procedimiento de quejas no es propio de una norma con rango de ley. Existe una normativa específica en la que se regulan los procedimientos administrativos donde se regulan los plazos y demás precisiones al respecto.

• Disposición Adicional Única: (Sin contenido)

Pretenden que se cree una Disposición Adicional Única al objeto de introducir una cláusula genérica que tuviera en cuenta a las personas con discapacidad.

Alegación: Desestimada

Ya existe un capítulo dedicado a las personas en situaciones especiales por lo que no es necesario.

6.- Pedro Miguel Crespo Emperador, un particular.

• Exposición de motivos

Cuestiona que el verdadero eje de la ley sean los derechos de los usuarios y no en verdad el favorecer a los profesionales.

Respuesta:

Más allá de tratarse de una valoración del alegante que incide más bien en el espíritu de la ley, en cuanto a la referencia concreta, lo indicado en la Exposición de Motivos no significa que se presupongan tales «habilidades de carácter ético y humanístico», sino que por el contrario suponen un principio que ha de guiar la actuación de los profesionales en beneficio de los usuarios, como se pone de manifiesto de la lectura completa del párrafo.



• **Artículo 17.** “Segunda opinión médica.

1. Cuando un paciente sea diagnosticado por un proceso que ponga en grave riesgo su vida o altere de forma importante su calidad de vida, podrá solicitar una segunda opinión médica de un especialista distinto del responsable principal de su atención. Con carácter general se podrá solicitar una segunda opinión médica en las siguientes situaciones:

a. Cuando reciba un diagnóstico que implique un pronóstico muy grave para su vida o para su calidad de vida, podrá solicitar una segunda opinión para confirmar dicho diagnóstico y el pronóstico asociado.

b. Cuando reciba un diagnóstico con las características descritas en el punto anterior, podrá solicitar una segunda opinión con el fin de explorar la existencia de alternativas de tratamiento que mejoren el pronóstico de su enfermedad.

c. Cuando se le proponga un tratamiento quirúrgico que implique un grave riesgo para su vida o que esté asociado a graves secuelas, podrá solicitar una segunda opinión con el fin de explorar la existencia de alternativas de tratamiento con un menor riesgo e igualmente eficaces.

2. El paciente que se encuentre en alguno de los supuestos anteriores durante las distintas fases de la atención a su enfermedad podrá expresar directamente ante el facultativo responsable de su proceso asistencial su deseo de recibir una segunda opinión médica.

a. El facultativo responsable recomendará un centro alternativo ante el cual derivar la información clínica del paciente para la emisión de un informe de segunda opinión médica y, si es preciso, se canalizará al paciente para que sea visto en el mismo.

b. Los gestores del sistema público de salud facilitarán las canalizaciones correctamente motivadas de segunda opinión médica.

3. Las administraciones públicas, en cualquier caso, actuando como garantes del derecho, establecerán un procedimiento de solicitud y trámite de la segunda opinión médica cuando esta no se pueda articular dentro del proceso asistencial habitual”.

Considera excesivos los requisitos exigidos para ejercer el derecho a la segunda opinión médica.

Alegación: Desestimada

Al determinar en el punto uno que los criterios sean procesos que pongan en riesgo la vida y la calidad de vida del paciente, ya se realiza un avance sobre la normativa actual. No se considera por ello que sean excesivos los requisitos exigidos por la norma, dado que abrir la puerta a otras diversas posibilidades implicaría extender la opción de una segunda opinión médica a la simple insatisfacción con la atención recibida.

• **Artículo 28.** “Derecho a la documentación clínica.

1. Todos los pacientes tienen derecho a que quede constancia documental de sus procesos de atención a la salud y a la enfermedad, en un soporte adecuado y de forma legible y comprensible, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada.

2. Los pacientes tienen derecho a acceder a los datos, documentos e informes contenidos en su historia clínica, así como a los derechos en cuanto a la protección de sus



datos personales previstos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, el Reglamento General de Protección de Datos y la restante normativa estatal y autonómica de aplicación”.

Hace referencia asimismo a la limitación de acceso en cuanto a las anotaciones subjetivas a la historia clínica.

Alegación: Desestimada

La pretendida alegación ya ha sido analizada en las formuladas por ADICAR-ADI-CAE, en concreto, en la relativa al artículo 35.2, al que nos remitimos.

• **Artículo 52.3** *“Con el fin de que los usuarios de los servicios sanitarios puedan ejercer su derecho a la libre elección de centro y profesional u otros derechos relacionados con la autonomía del paciente se incluirá información sobre demoras, calidad y seguridad en la atención”.*

Propone la publicación de criterios de actuación y protocolos de actuación estandarizados.

Alegación: Desestimada

El propio apartado 2 del mismo artículo contiene la respuesta: *«Los ciudadanos podrán solicitar información complementaria no contenida en el conjunto básico de indicadores del Sistema de Salud en Aragón, quedando sometida la Administración al deber de respuesta que señala la legislación en materia de transparencia».*

No se considera por ello necesario añadir esta exigencia de publicación adicional.

• **Título II, Capítulo VIII: “DERECHOS DE PARTICIPACIÓN”**

Considera conveniente una mayor participación de usuarios en la evaluación de servicios sanitarios a través de encuestas individualizadas.

En relación a ello, ha de apuntarse que en la actualidad los usuarios entran en un sorteo del que pueden resultar elegidos para la realización de encuestas a título individual.

• **Artículo 65.** *“Funciones de los Servicios Información y Atención al Usuario.*

1. *En relación con los derechos y deberes, corresponde a los Servicios de Atención al Usuario, entre otras funciones:*

a) *Informar a las personas usuarias sobre los derechos y deberes que les asisten y contribuir a su cumplimiento.*

b) *Aportar información sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en lo relativo a su condición de usuario.*

c) *Proporcionar información a los responsables de la gestión sanitaria de las incidencias reiteradamente manifestadas.*

d) *Promover la resolución en situaciones de conflicto velando por la equidad y los aspectos éticos.*

e) *Informar, gestionar y atender de forma personalizada las demandas y solicitudes que realicen las personas usuarias en relación con el ejercicio de los derechos.*



f) Gestionar el procedimiento de quejas, sugerencias y agradecimientos y realizar gestiones de apoyo.

g) Realizar la propuesta de contestación o confeccionar los informes pertinentes, según su ámbito competencial, de las quejas y sugerencias.

h) Recabar las expectativas de las personas usuarias del sistema y su nivel de satisfacción, participando y realizando estudios de investigación.

i) Colaborar con entidades y organizaciones representativas de pacientes y usuarios.

j) Coordinar las actuaciones con la estructura de la organización para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias.

k) Cuantas otras se establezcan en materia de atención al usuario.

2. Con el fin de mejorar la equidad del Sistema de Salud de Aragón, el Sistema de información y atención al usuario desarrollará programas específicos de información y garantía de los derechos de los usuarios tanto para población general como para usuarios pertenecientes a colectivos especialmente vulnerables”.

Propone en los Servicios de Atención e Información al Usuario de profesionales que pudieran dictaminar sobre las actuaciones del resto de servicios.

Alegación: Desestimada

En relación a dicha propuesta, buena parte de la actuación ya se halla comprendida en el artículo 65.1g) del Anteproyecto, el cual especifica: «Realizar la propuesta de contestación o confeccionar los informes pertinentes, según su ámbito competencial, de las quejas y sugerencias». En lo restante, supondría una intromisión en la función de la inspección médica, cuyas funciones se hallan reguladas en su propia normativa.

La alegación siguiente alude al artículo 70.1 pero en realidad se refiere al 71.1:

• **Artículo 71.1** “Los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a acceder a la cartera de servicios ofertada, en los plazos de tiempo establecidos reglamentariamente. Esta asistencia sanitaria se podrá prestar en centros públicos o en centros privados”.

Sugiere alternativas a la externalización puntual.

Entre esas alternativas indica «incentivos por objetivos, asegurar el cumplimiento de la jornada laboral por parte de todos los profesionales, disminuyendo profesionales que no tienen una dedicación exclusiva, etc».

Alegación: Desestimada

Las mencionadas ideas se enmarcan más bien en materia de política organizativa y de gestión de personal, y por tanto exceden del ámbito de aplicación de la ley proyectada, en el que, por el contrario, sí se encuadra el establecimiento de plazos máximos y las consecuencias para la Administración de su incumplimiento, por su propia incidencia en un derecho del usuario como es la atención en un plazo máximo, para cuyo cumplimiento la Administración implantará las medidas organizativas que más adecuado considere, entre las que se pueden encontrar las indicadas por el alegante.



• **Artículo 76.** "Garantías de calidad.

1. La administración sanitaria velará por la seguridad y calidad en la atención de los pacientes, implantando sistemas de gestión de la calidad en el entorno sanitario de acuerdo con la evidencia disponible y estrategias de seguridad y de gestión de riesgo en las organizaciones sanitarias.

2. Los centros sanitarios dispondrán de comisiones de garantía de la calidad que, además de promover la atención de calidad en los centros y todas aquellas funciones que normativamente se les asigne, tendrán la responsabilidad técnica de elaborar los conjuntos de indicadores previstos en este capítulo.

a) Podrán compartir comisiones de garantía de calidad los centros cuyos recursos humanos y materiales no lo permitan, según se determine reglamentariamente por orden del titular del departamento competente.

b) Las comisiones de garantía de la calidad deberán estar abiertas a la participación de los usuarios de los servicios sanitarios en el modo en que reglamentariamente se determine".

• **Artículo 77.** "Garantías de seguridad.

1. Con el fin de garantizar la seguridad de los usuarios de los servicios sanitarios, se establecerá un sistema específico de información en seguridad del paciente que incluirá indicadores sobre incidentes relacionados con la misma.

2. Los centros sanitarios dispondrán de comisiones de seguridad del paciente que, además de aplicar las estrategias del paciente que se determinen en los centros y servicios sanitarios y todas aquellas funciones que normativamente se les asigne, tendrán la responsabilidad técnica de elaborar los conjuntos de indicadores previstos en este capítulo.

a) Podrán compartir comisiones de seguridad del paciente los centros cuyos recursos humanos y materiales no lo permitan, según se determine reglamentariamente por orden del titular del departamento competente.

b) Las comisiones de seguridad del paciente deberán estar abiertas a la participación de los usuarios de los servicios sanitarios en el modo en que reglamentariamente se determine".

Plantea la participación de usuarios en los comités de calidad y seguridad.

Alegación: Desestimada

El proyectado artículo 76.2.b) ya prevé dicha participación: «Las comisiones de garantía de la calidad deberán estar abiertas a la participación de los usuarios de los servicios sanitarios en el modo en que reglamentariamente se determine». La concreción a título individual o de forma organizada será realizada en momento posterior, a la hora de regular reglamentariamente su composición.

• **Artículo 83.** Infracciones graves.

"Son infracciones graves.

1. De los usuarios:



a) *El incumplimiento del deber de las personas de responsabilizarse de su estado de salud o de las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población cuando de ello se deriven daños efectivos para la salud de terceros.*

b) *La resistencia, falta de respeto, amenazas, insultos, represalias o cualquier otra forma de presión ejercida contra los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, pacientes o sus acompañantes, siempre que no sean constitutivas de ilícito penal.*

2. De los profesionales:

La realización de actuaciones destinadas a menoscabar o restringir los derechos derivados del respeto a la autonomía del paciente.

3. De ambos:

a) *La destrucción, menoscabo o deterioro de bienes, instalaciones y equipamientos sanitarios siempre que afecte al normal funcionamiento del centro, servicio o establecimiento sanitario.*

b) *La realización de actos que alteren o perturben el normal funcionamiento del centro, servicio o establecimiento sanitario o sus condiciones de habitabilidad cuando afecte a la asistencia sanitaria.*

c) *Cometer una infracción leve cuando se haya sido sancionado por la comisión de dos o más infracciones leves en el transcurso de dos años”.*

Cuestiona la posibilidad de sanción por resistencia o presiones sobre los profesionales a aquellos cuyo estado de salud pueda llevarles a ellos. Asimismo, propone tipificar la omisión del deber de atención o falta de veracidad en el desempeño profesional.

Alegaciones: Desestimadas

En cuanto a la primera de las cuestiones, ha de indicarse que la resistencia resultante de un estado de alteración no sería punible de conformidad con los principios generales del derecho administrativo sancionador. En concreto, de lo dispuesto por el artículo 28.2 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público, la cual indica: «*Sólo podrán ser sancionadas por hechos constitutivos de infracción administrativa las personas (...) que resulten responsables de los mismos a título de dolo o culpa*».

Mientras que en lo que corresponde a la segunda de las cuestiones y sin perjuicio de la normativa disciplinaria a que puedan quedar sujetos, ya se tipifican las conductas descritas en los apartados c) y d) del artículo 82.2: «*Las simples irregularidades en el cumplimiento de lo establecido en la presente Ley, sin repercusión directa en la salud, cometidas por negligencia leve*» y «*la omisión del deber de vigilancia o falta de los controles o precauciones exigibles en la actividad sanitaria a cada profesional*».

• **Artículo 84.** “Infracciones muy graves.

Son infracciones muy graves.

1. De los usuarios:

a) *La agresión física a profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, a pacientes o a sus acompañantes siempre que no sea constitutiva de ilícito penal.*



2. De los profesionales

a) *El incumplimiento por parte del personal, que dispone de acceso a la información y documentación clínica, del deber de garantizar la confidencialidad de la información.*

b) *El acceso a la documentación clínica falseando las condiciones que legitiman para ello o haciendo un uso indebido de la información contenida en ella.*

3. De ambos:

a) *La realización de las conductas previstas en los apartados anteriores cuando suponga un incumplimiento consciente y deliberado de los preceptos de esta Ley y produzca un daño grave.*

Cometer una infracción grave cuando se haya sido sancionado por dos o más infracciones graves en el transcurso de tres años”.

Formula la posibilidad de tipificación de la elaboración de documentación clínica omitiendo información, no siendo veraz, elaborando de forma intencionadamente ambigua.

Alegación: Desestimada

El artículo 82.2.b) ya prevé una infracción que tipifica la conducta descrita: «*El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los informes y certificados acreditativos del estado de salud de pacientes o usuarios*».

• **Artículo 86.2** “*Las infracciones previstas en esta Ley darán lugar a la imposición de las siguientes sanciones:*

a) *Infracciones leves: darán lugar a sanción de amonestación por escrito o multa de hasta 3.000 euros.*

b) *Infracciones graves: darán lugar a multa desde 3.001 a 30.000 euros.*

c) *Infracciones muy graves: darán lugar a multa desde 30.001 hasta 600.000 euros”.*

Considera elevadas las sanciones.

Alegación: Desestimada

Al respecto, cabe decir que las sanciones suelen imponerse, si no concurre circunstancia de graduación, en la cantidad más baja dentro del rango sancionador, imponiéndose una superior únicamente en el caso de concurrir circunstancias que gradúen, agravándola, la conducta sancionada.

• **Artículo 86.5:** “*Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en 84.1.b) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años.*

Estima desproporcionada la medida.

Alegación: Desestimada

Es necesario precisar que cuando se incurre en las infracciones recogidas en el artículo 84 de este Anteproyecto suelen adoptarse medidas de alejamiento, por lo que resulta adecuada la sanción señalada en el citado artículo.



-Por otro lado, expresa que hay un error en la referencia al artículo 84.1 dado que no existe apartado b).

Alegación: Estimada

No obstante, en cuanto a la alusión a la letra b) del apartado 1 del artículo 84, efectivamente se está refiriendo en realidad a la letra a).

Se procede a modificar el texto:

Texto previo	Texto resultante
Artículo 86. Sanciones. <i>5.Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en el artículo 84.1.b) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años.</i>	Artículo 86. Sanciones. <i>5.Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en el artículo 84.1.a) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años.</i>

• **Título VII: “EVALUACIÓN DE LA LEY”**

Cree que no se especifica cómo se desarrolla la evaluación y que en ella debe incluirse la valoración.

Sugerencia genérica: hace diversas sugerencias, especialmente sobre la mejora de la función inspectora.

Sugerencia: Desestimada

Se considera un desiderátum de difícil encaje en este texto normativo.

7.- Federación Aragonesa de Médicos Titulares (FASAMET).

• **Artículo 5.i).** “El compromiso por una atención de calidad y segura, aplicando el mejor conocimiento científico y técnico disponible, con una suficiencia de medios humanos y materiales”.

Indica que figura sin contenido en la Ley.

Alegación: Desestimada

Si bien no existen artículos que mencionen explícitamente la atención de calidad y segura, se halla implícita en diferentes artículos en los que indirectamente se contempla y regula.

• **Artículo 28.2.** “Los pacientes tienen derecho a acceder a los datos, documentos e informes contenidos en su historia clínica, así como a los derechos en cuanto a la protección de sus datos personales previstos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, el Reglamento General de Protección de Datos y la restante normativa estatal y autonómica de aplicación”.

Señalan que se hace referencia a la tenencia de derechos, no a su ejercicio.



Alegación: Estimada

Se procede a modificar el texto.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 28. Derecho a la documentación clínica 2. “Los pacientes tienen derecho a acceder a los datos, documentos e informes contenidos en su historia clínica, así como a los derechos en cuanto a la protección de sus datos personales previstos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, el Reglamento General de Protección de Datos y la restante normativa estatal y autonómica de aplicación”.	Artículo 28. Derecho a la documentación clínica 2. “Los pacientes podrán ejercer sus derechos de acceso a los datos, documentos e informes contenidos en su historia clínica, así como a los derechos en cuanto a la protección de sus datos personales previstos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, el Reglamento General de Protección de Datos y la restante normativa estatal y autonómica de aplicación”.

• **Artículo 60b).** “Negarse a prestar asistencia sanitaria en situaciones de injurias, amenazas o agresión si no conlleva desatención. Dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con el procedimiento que reglamentariamente se establezca, debiendo quedar constancia formal e informando al paciente de los motivos de la negativa, así como del Centro, servicio o profesional sanitario que asumirá la continuidad de su asistencia”.

Sugieren sustituir «sino lleva desatención» por «sino lleva desatención en situaciones de urgencia vital».

Alegación: Desestimada

No se considera necesario explicitar la urgencia vital.

• **Artículo 61.h).** “Facilitar y colaborar en la continuidad asistencial de los pacientes, tanto en lo que se refiere a atención por distintos profesionales en un mismo centro como referido a los distintos niveles asistenciales”.

Propone añadir «siempre que la Administración sanitaria haya unificado efectivamente la historia clínica electrónica para los diferentes niveles asistenciales».

Alegación: Desestimada

En cualquier caso, si no hay unificación, habrá que realizar informes de derivación, de alta y continuidad de cuidados por escrito y en papel y con la información adecuada.

• **Artículo 69.2.** “Las personas que no residan en ella gozarán de los derechos previstos en la presente ley en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación”.

Pretende que se introduzca una referencia a los convenios interadministrativos y precisar que la legislación estatal es la propia del Sistema Nacional de Salud.

Alegación: Desestimada

Está reflejado de forma más genérica por si esos elementos que indica FASAMET cambian en un futuro con el objeto de que siga siendo válido el artículo.



• **Artículo 73.1.** *“El conjunto de datos personales o de salud que constan en los registros y archivos del Sistema de Salud en Aragón está sometido al régimen de garantía y protección establecido en la normativa sobre protección de datos de carácter personal y demás normativa aplicable”.*

Sugieren que se sustituya «el conjunto de datos personales o de salud» o «el conjunto de datos personales de salud y demás datos personales».

Alegación: Desestimada

Se considera que no aporta nada al texto y además su inclusión supondría una redacción más farragosa y compleja.

• **Artículo 73.2.** *“Todas las personas que, por razón de sus funciones, tengan acceso a información confidencial, están obligadas al secreto profesional en los términos establecidos por la normativa estatal vigente, debiendo guardar la debida reserva y confidencialidad de la información a la que accedan, incluso una vez finalizada su actividad profesional”.*

Proponen que se incluya «están obligadas al deber de confidencialidad y sigilo y el personal sanitario al deber de secreto profesional».

Alegación: Desestimada

Como en el caso anterior, se estima que la alegación sugerida no aporta nada al texto y su inclusión supondría una redacción más farragosa y compleja.

• **Título VI. RÉGIMEN SANCIONADOR**

Sugiere que el título sea «régimen sancionador y disciplinario» y se haga compatible con el régimen disciplinario de empleados públicos.

Artículo 79: reitera lo de la nomenclatura del título como «Régimen sancionador y disciplinario».

Alegaciones: Desestimadas

En principio no habría problema, pero hay que tener en cuenta que a los profesionales no se les identifica como empleados públicos, puesto que también pueden afectar a profesionales de la atención privada.

• **Artículo 81.3.** *“En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pondrá los hechos en conocimiento de la jurisdicción competente y se producirá la suspensión del procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme. En el caso de que en ésta no se aprecie existencia de delito, la Administración continuará el procedimiento sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hubieran declarado probados”.*

Solicitan sustituir la referencia a la jurisdicción competente por una correspondiente al Ministerio Fiscal.

Alegación: Desestimada

Se considera adecuada la redacción original dado que con esa denominación queda englobada la posible autoridad competente en cada caso con carácter general por lo que no procede la corrección.



• **Artículo 82.2.b).** *“El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los informes y certificados acreditativos del estado de salud de pacientes o usuarios”.*

Considera necesario publicar las hasta ahora instrucciones internas cuyo incumplimiento puede suponer la imposición de una sanción.

Alegación: Desestimada

En el citado apartado se contemplan las infracciones en que pueden incurrir los profesionales. Las instrucciones son instrumentos por los que los órganos superiores y directivos impulsan y dirigen la actividad administrativa y tienen un carácter esencialmente interno. El titular del Departamento, cuando considere conveniente su conocimiento por los ciudadanos o por el resto de los órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma, podrá ordenar su publicación. Pero a estos efectos es del todo innecesario contemplar esta posibilidad dado que la infracción por incumplimiento señalada en este apartado se circunscribe sólo a los profesionales.

• **Artículo 86.** *“Sanciones.*

1. *Las infracciones de la presente Ley serán sancionadas, en su caso, con multa, sin perjuicio de lo previsto en el apartado cuarto de este artículo.*

2. *Las infracciones previstas en esta Ley darán lugar a la imposición de las siguientes sanciones:*

a) *Infracciones leves: darán lugar a sanción de amonestación por escrito o multa de hasta 3.000 euros.*

b) *Infracciones graves: darán lugar a multa desde 3.001 a 30.000 euros.*

c) *Infracciones muy graves: darán lugar a multa desde 30.001 hasta 600.000 euros.*

3. *Los anteriores límites se podrán superar en el supuesto de que la sanción resulte más beneficiosa para el infractor que el cumplimiento de las normas infringidas, hasta un límite del doble del beneficio ilícito obtenido.*

4. *Las infracciones calificadas como muy graves podrán, además, ser sancionadas con el cierre temporal en el caso de centros, servicios o establecimientos sanitarios de carácter privado y con la inhabilitación para el ejercicio de la profesión por un periodo de uno a cinco años.*

5. *Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en 84.1b) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años”.*

Entienden que han de coheretarse debidamente con las previstas en el régimen disciplinario.

Alegación: Desestimada

En principio no sería necesario dado que tienen su propia normativa en la que se recoge su régimen disciplinario.



• **Artículo 90.** “Destino del importe de las sanciones.

La Administración de la Comunidad Autónoma destinará los ingresos derivados de la imposición de las sanciones establecidas en esta Ley a la mejora de la calidad y cobertura del Sistema de Salud de Aragón”.

Señalan que la afectación de importes de multas quiebra el principio de caja única.

Alegación: Desestimada

La restitución de los derechos de las personas afectadas puede verse satisfecho con otras vías como las reclamaciones patrimoniales o el sistema de quejas, por lo que no se estima esta petición.

• **Disposición Adicional Primera:** (Sin contenido)

Sugieren que han de delimitarse las potestades reglamentarias de Gobierno y titular del Departamento en la citada Disposición Adicional Primera.

Alegación: Desestimada.

Ya están adecuadamente recogidas en la Disposición final primera.

• **Disposición Adicional Única:** (Sin contenido)

Propone una serie de medidas en cuanto a formación en materia de seguridad informática y protección de datos y una consecuente exención de responsabilidad en caso de no haberse realizado la correspondiente formación.

Alegación: Desestimada

La Ley no es específica del Servicio Aragonés de Salud, por lo que estas cuestiones deben ser tratadas en otros niveles y normativa.

8.- Colegio de enfermería.

• **Artículo 4.c) (actualmente artículo 5.c)** “La equidad en la atención, aplicando los recursos en función de sus necesidades y tomando en cuenta las situaciones de vulnerabilidad física, psicológica y social”.

Propone que su apartado c) quede redactado de tal forma: «Igualdad efectiva en el acceso a los Servicios Asistenciales disponibles».

Actualmente referencia al artículo 5.c).

Alegación: Desestimada.

Es mejor abogar por la equidad que por la igualdad, es más justo, por lo que se desestima.

• **Artículo 9.** “Destinatarios de la información.

1. *El paciente es el titular del derecho a la información que constituye una parte esencial de la actuación asistencial. No obstante, podrán ser informados los familiares*



o personas allegadas al paciente, cuando éste manifieste su conformidad de manera expresa o tácita. El paciente podrá prohibir que se proporcione información a otras personas, dejando constancia de ello en la historia clínica.

2. La información es imprescindible para la prestación del consentimiento previo a toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente y sirve para valorar las opciones propias del caso”.

• **Artículo 11.** “Confidencialidad de datos genéticos y biométricos.

1. El derecho de confidencialidad comprende la información referida a sus datos genéticos. Los centros sanitarios y de investigación garantizarán la protección de la intimidad personal y del tratamiento confidencial de los resultados de los análisis genéticos sometidos al deber de secreto para quienes, en el cumplimiento de sus funciones, accedan a los datos.

2. Cuando la información obtenida, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud del paciente y la de sus familiares biológicos, se informará al propio paciente o sus representantes legales según la legislación vigente. El facultativo podrá recabar la consulta del comité de ética asistencial.

3. De conformidad con los artículos 15.1 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y 9.1 del Reglamento General de protección de datos, el tratamiento de datos biométricos relativos a las características físicas, fisiológicas o conductuales de una persona que permitan su identificación sólo podrá ser autorizado con el consentimiento del usuario, salvo las excepciones previstas en la Disposición Adicional Decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos y garantía de derechos digitales”.

Propone redacción alternativa sobre los datos de salud.

Alegación: Desestimada

No parece aportar nada especial a la redacción dada. En cualquier caso, los datos de salud ya aparecen suficientemente recogidos en la redacción actual, razón por la que no se estima esta propuesta.

• **Artículo 12 (Se refiere al artículo 13).** “Promoción y educación para la salud.

Todas las personas tienen derecho a participar en las acciones de promoción y educación para la salud dirigidas a adquirir conocimientos y capacidades para intervenir sobre los factores determinantes de salud. Estas actuaciones se desarrollarán en todos los ámbitos y etapas de la vida de las personas y se concretarán en:

a) La creación de entornos sanos, seguros y sostenibles.

b) El fortalecimiento de la acción comunitaria y del tejido social.

c) El fomento de la educación para la salud.

d) La integración de la educación y promoción de la salud en los servicios públicos sanitarios, educativos y sociales”.

Sugiere incluir la educación para la salud en el currículo formativo y el número de profesionales de enfermería con pacientes crónicos en centros educativos.



Alegación: Desestimada

Estos objetivos no se encuentran contenidos en la finalidad de este artículo ni en el espíritu de esta Ley.

• **Artículo 14.3 (en realidad 15.3):** “Todos los usuarios de centros públicos y privados concertados tienen derecho a:

a) Que se le asigne un médico que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y que constará en la historia clínica. Será el responsable de garantizar los derechos de información y autonomía.

b) Negarse a recibir un tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley cuando exista un riesgo para la salud pública. En este último caso, se aplicará lo previsto en la normativa que regula las medidas especiales en materia de salud pública”.

Proponen no sólo establecer la asignación de un médico responsable sino también de un enfermero.

Alegación: Desestimada

Es una propuesta acertada, pero este artículo ya contempla la asignación de un médico como interlocutor principal y responsable de garantizar los derechos de información y autonomía, cumpliendo así los objetivos de esta Ley.

• **Artículo 21** “El consentimiento informado del paciente.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud requiere el consentimiento de la persona afectada o de su representante de forma libre y voluntaria. La información será previa al consentimiento y, generalmente de forma verbal.

Se otorgará el consentimiento por representación cuando la persona no disponga de la capacidad necesaria, así como en el caso de los menores no emancipados, atendiendo, en todo caso, a las singularidades previstas en el Código de Derecho Foral de Aragón.

2. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención una obligación del profesional responsable de su asistencia. El paciente tiene derecho a recibir una copia de dicho documento.

3. El consentimiento informado se efectuará de forma expresa y por escrito cuando el paciente deba ser sometido a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que suponga riesgos notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Este consentimiento informado también se recabará de la mujer embarazada en los supuestos de riesgos para la salud del feto.

4. Cuando no sea posible recabar el consentimiento previo por escrito se recogerá de forma oral ante al menos dos testigos independientes, los cuales lo declararán por escrito y bajo su responsabilidad.

5. El contenido del consentimiento informado, así como la información previa al mismo será el previsto en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, 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, la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el



proceso de morir y de la muerte, así como por el resto de normativa vigente sobre la materia.

6. Debe incluir la naturaleza del proceso y las consecuencias relevantes, los riesgos propios de las circunstancias personales o profesionales del paciente y los riesgos probables en condiciones normales según la experiencia y el conocimiento científico del momento. También se informará de las contraindicaciones del acto al que se somete al paciente.

7. El consentimiento puede revocarse libremente por escrito en cualquier momento sin necesidad de expresión o causa, debiendo constar dicha revocación en la historia clínica”.

Sugiere adicionar, en cuanto al consentimiento informado, el inciso «el derecho a no ser informado y que conste la renuncia por escrito en su historia».

Alegación: Desestimada

El consentimiento informado es un derecho reconocido en la Ley básica estatal 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Y, como tal derecho subjetivo, no cabe la renuncia al mismo de manera anticipada, por lo que no se admite la propuesta.

• **Artículo 62.** “Formación de los profesionales.

Los profesionales del sistema sanitario tienen el derecho y el deber de mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de sus funciones”.

Sugieren que quede plasmada la obligación por parte del Sistema de fomentar la formación de profesionales, incluyendo en el artículo, en cuanto a la formación de estos últimos que «a estos efectos el sistema debe implementar, facilitar, fomentar e impulsar la formación continuada».

Alegación: Estimada

Parece una propuesta razonable por lo que procedería su inclusión.

Se procede a modificar el texto.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 62.- “Formación de los profesionales. Los profesionales del sistema sanitario tienen el derecho y el deber de mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de sus funciones”.	Artículo 62.- “Formación de los profesionales. Los profesionales del sistema sanitario tienen el derecho y el deber de mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de sus funciones. A estos efectos el sistema debe implementar, facilitar, fomentar e impulsar la formación continuada”.



• **Artículo 86.5:** *“Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en 84.1a) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años”.*

Sugieren prever la adopción de medidas cautelares de alejamiento tanto del centro de salud u hospital, así como de la distancia a la que deben de mantenerse estos agresores de los sanitarios a los que se les debe otorgar protección. Estas medidas cubrirían el periodo comprendido entre la agresión y la resolución administrativa en el procedimiento sancionador o judicial y consistirían en medidas provisionales de alejamiento que deberán ser ratificadas en las respectivas resoluciones administrativas o judiciales, de manera similar a como ocurre en los casos de violencia de género.

Alegación: Estimada

Se prevé la posibilidad de adoptar medidas cautelares para proteger a los sanitarios durante ese período de tiempo hasta que se resuelva.

Se procede a modificar el texto:

Texto previo	Texto resultante
Artículo 86. Sanciones. 5. <i>“Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en 84.1a) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años”.</i>	Artículo 86. Sanciones. 5. <i>“Las personas que resulten responsables de infracciones tipificadas en 84.1a) podrán ser sancionadas también con el cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne, y la prohibición de elección de centro durante tres años. Se contempla la posibilidad de adoptar medidas cautelares para proteger a los sanitarios hasta que se produzca la resolución administrativa o judicial, que deberán ser ratificadas en las respectivas resoluciones administrativas o judiciales”.</i>

9.- Asociación para la atención a personas con alteración del comportamiento y discapacidad intelectual (CORDIAL)

• **Artículo 26.** *“Atención a las personas con discapacidad sensorial.*

1. *Con el fin de procurar una adecuada asistencia sanitaria y favorecer la comunicación de las personas con alguna discapacidad sensorial, la administración sanitaria adoptará las medidas necesarias para eliminar los obstáculos en la comunicación.*

2. *Se facilitarán los recursos humanos o técnicos que hagan accesible los sistemas de comunicación y señalización a toda la población.*

3. *Se adoptarán las medidas apropiadas para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas con discapacidad sensorial mediante la incorporación de subtítulos, lengua de signos y otros recursos de apoyo a la comunicación”.*



Pretenden que se añada la atención a las personas con discapacidad intelectual.

Alegación: Desestimada

No se considera pertinente dado que en el presente capítulo se regulan las personas con discapacidad física (sea material o por deficiencia sensorial). Las limitaciones intelectuales ya se encuentran regulados en el capítulo VI.

• **Artículo 48.** “Discapacidad.

La administración sanitaria velará por los derechos de los pacientes con discapacidad y se desarrollarán las actuaciones necesarias para el ejercicio de sus derechos de acceso e información de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente”.

Sugieren añadir un apartado referido a las personas con discapacidad intelectual.

Alegación: Desestimada

No procede añadir un nuevo apartado en el que se regule más detalladamente la discapacidad intelectual, dado que la mención incluida en el artículo es genérica, englobando todos los tipos de discapacidad.

• **Artículo 72.** “Garantías de accesibilidad.

La administración sanitaria garantizará la accesibilidad a los centros y servicios sanitarios para las personas con algún tipo de discapacidad. Los centros implantarán las medidas necesarias para ello al objeto de contribuir a una atención segura y de calidad”.

Proponen añadir un nuevo apartado relativo a las personas con discapacidad intelectual en cuanto a las garantías de accesibilidad.

Alegación: Desestimada

Las garantías de accesibilidad reguladas en este artículo se dirigen a las personas que tengan algún tipo de discapacidad, motivo por el que no es necesario precisar que su aplicación abarca a las personas con discapacidad intelectual ya que están incluidos en la citada expresión al ser genérica.

10.- Sindicato de Enfermería de Aragón (SATSE)

• **Artículo 4.** “Definiciones.

a) *Sistema de Salud de Aragón: es el conjunto de recursos, administraciones sanitarias y centros públicos de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.*

b) *Sistema de salud en Aragón: a efectos de esta Ley entendemos por sistema de salud en Aragón, al conjunto de actuaciones tanto públicas como privadas que se llevan a cabo en la Comunidad Autónoma. Su ámbito incluye centros tanto públicos como*



privados que desarrollan su actividad en Aragón. Englobaría a todos aquellos centros que prestan servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma, es decir los recursos públicos (Sistema de Salud de Aragón), privados y los privados que perciben fondos públicos.

c) Centro sanitario privado: conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones, que tienen como fin propio la prestación de servicios sanitarios por profesionales capacitados, por su titulación oficial, habilitación profesional o colegiación, o por personas jurídicas legalmente constituida, de iniciativa social o mercantil.

d) Centros sanitarios privados perceptores de fondos públicos: centros privados que reciben fondos públicos, lo cual condiciona su prestación de servicios en virtud de las obligaciones adquiridas con la Administración Pública.

e) Centro social: es el establecimiento dotado de unidad orgánica y funcional, que cuenta con una infraestructura material autónoma e identificable, desde la que se ofrecen prestaciones de servicios sociales a las personas usuarias de los mismos.

f) Usuario: aquellas personas que solicitan información, acceden al sistema, demandan o hacen uso de los recursos sanitarios ya sean públicos o privados, sin que necesariamente reciban una asistencia sanitaria. El paciente siempre será usuario, pero un usuario no tiene por qué ser paciente si no recibe asistencia sanitaria.

g) Paciente: el paciente es aquella persona que sufre de dolor o malestar y, por ende, solicita asistencia sanitaria y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. También cuando no existiendo síntoma subjetivo se demuestra en signos objetivos de una situación definible como enfermedad.

h) Soledad: la soledad es la carencia de compañía. Dicha carencia puede ser voluntaria, cuando la persona decide estar sola o involuntaria, cuando el sujeto se encuentra solo por distintas circunstancias sociales que han producido dicho aislamiento”.

Propone introducir una amplia relación de definiciones de profesionales sanitarios.

Alegación: Desestimada

No se observa la necesidad de incluir definiciones de profesionales en este punto siendo que ya están además especificadas en otros textos legales.

• **Artículo 8.3:** “El médico responsable del proceso garantizará que todos los profesionales que atienden al paciente informen al mismo, en función de sus competencias”.

Sugiere ampliar las obligaciones de información a otros profesionales médicos.

Alegación: Desestimada

El artículo no dice que no tengan obligación de informar, habla de la responsabilidad principal sobre el derecho.

• **Artículo 12:** “Confidencialidad de otros datos especialmente protegidos.

1. Además de los datos de salud, todos los datos o informaciones con especial relación con la ideología, religión y creencias, origen racial o étnico, vida e identidad sexual, adicciones, maltrato o cuantos puedan afectar a la intimidad personal y familiar, deberán ser objeto de especial protección por los centros, servicios y establecimientos sanitarios, y siempre de acuerdo con la normativa aplicable.



2. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de la presente ley adoptarán las medidas técnicas y de organización precisas para garantizar a los usuarios estos derechos.

3. La información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se registrará por lo dispuesto en la normativa sobre protección de datos de carácter personal y sobre autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

Apuntan la posibilidad de incluir un apartado para regular la identificación de personal sanitario y no sanitario.

Alegación: Desestimada

Esta cuestión está fuera del ámbito de esta ley.

• **Artículo 15.3.** “Todos los usuarios de centros públicos y privados concertados tienen derecho a:

c) Que se le asigne un médico que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y que constará en la historia clínica. Será el responsable de garantizar los derechos de información y autonomía.

d) Negarse a recibir un tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley cuando exista un riesgo para la salud pública. En este último caso, se aplicará lo previsto en la normativa que regula las medidas especiales en materia de salud pública”.

Pretenden ampliar las obligaciones de información a otros profesionales médicos.

Alegación: Desestimada

Esta cuestión ya está analizada en relación a una propuesta en el artículo 8.3.

• **Artículo 16:** “Libre elección de profesional y centro.

Se garantiza el derecho a la libre elección de médico y centro tanto en atención primaria como en atención especializada, para todas las especialidades médicas y quirúrgicas, conforme a lo previsto en la normativa vigente”.

Sugieren la libre elección de profesional y centro.

Alegación: Desestimada

Esta redacción supone una regulación más restrictiva que la que propone originalmente el texto.

• **Artículo 21.2:** “La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención una obligación del profesional responsable de su asistencia. El paciente tiene derecho a recibir una copia de dicho documento”.

Propone ampliar las obligaciones sobre el consentimiento informado a otros profesionales médicos.



Alegación: Desestimada

Un profesional responsable debe informar, no tiene sentido multiplicar los consentimientos informados para un mismo proceso.

• **Artículo 29.2.** *“Los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso y realizan anotaciones en la historia clínica deben estar correctamente identificados en la misma”.*

• **Artículo 29.5.** *“La historia clínica se concibe como un registro único e integrado para cada paciente, y debe estar disponible y accesible para todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial”.*

Pretenden que se añadan “titulados” a profesionales sanitarios en ambos apartados.

Alegación: Desestimada

No se considera necesario. Se habla de los profesionales sanitarios con acceso a la historia, independientemente de que sean titulados o no. Si sólo los titulados tienen acceso, sería una redundancia.

• **Artículo 34.** *“El acceso del personal sanitario y no sanitario.*

1. *El personal sanitario implicado en el diagnóstico y tratamiento del paciente tendrá acceso pleno a la historia clínica. El personal no sanitario sólo podrá acceder a los datos de la historia clínica imprescindibles para realizar las funciones que tiene encomendadas.*

2. *El centro establecerá los mecanismos internos de solicitud de la historia clínica para facilitar su disponibilidad. Siempre que sea posible, establecerá niveles de acceso a la historia de acuerdo con las funciones de cada profesional.*

3. *Cuando un paciente esté recibiendo asistencia sanitaria en otro centro distinto de aquél en el que se generó la historia clínica, se podrá facilitar copia de ésta cuando sea solicitada por el facultativo responsable de esa asistencia, y siempre que cuente con la autorización expresa del paciente, salvo en una situación de urgencia en que éste no pueda prestarla en cuyo caso aquél deberá justificar la necesidad asistencial de uso de esa documentación”.*

Sugiere ampliar el nombre del artículo.

Alegación: Desestimada

Se rechaza por considerar que sería innecesario y además incrementa la farragosidad del texto.

• **Artículo 34.1.** *“El personal sanitario implicado en el diagnóstico y tratamiento del paciente tendrá acceso pleno a la historia clínica. El personal no sanitario sólo podrá acceder a los datos de la historia clínica imprescindibles para realizar las funciones que tiene encomendadas”.*

Proponen incluir junto al personal no sanitario el personal de área sanitaria de formación profesional.

Alegación: Desestimada.



De la misma manera, se considera que es innecesario y no contribuye a incrementar la claridad de la norma.

• **Artículo 61.** “Deberes de los profesionales.

Todos los profesionales del sistema de salud tienen el deber de:

a. Prestar una asistencia sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de sus pacientes basada en la evidencia científica y haciendo un uso racional de los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles.

b. Respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y su participación en la toma de decisiones que les afecten.

c. Planificar los procesos de formación para que en los actos sanitarios la presencia de alumnos y profesionales en formación sea la mínima imprescindible.

d. Facilitar a los pacientes información suficiente y adecuada sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud para que aquellos puedan otorgar su consentimiento.

e. Cumplir sus obligaciones de información y documentación clínica, entre ellas elaborar o cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada, veraz, actualizada, secuencial e inteligible del proceso asistencial de los pacientes, con independencia del tipo de soporte material de la documentación.

f. Cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación que guarde relación con los procesos clínicos en los que intervienen, incluida la relacionada con la investigación médica y la información epidemiológica.

g. Gestionar y custodiar la documentación clínica y guardar secreto sobre la información de pacientes y usuarios derivada de su actuación profesional o a la que tengan acceso.

h. Facilitar y colaborar en la continuidad asistencial de los pacientes, tanto en lo que se refiere a atención por distintos profesionales en un mismo centro como referido a los distintos niveles asistenciales.

i. Facilitar a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad que ejercen”.

Proponen añadir a la redacción “y en el ámbito de sus competencias”.

Alegación: Estimada

Se procede a modificar el texto:

Texto previo	Texto resultante
Artículo 61: “Deberes de los profesionales. <i>Todos los profesionales del sistema de salud tienen el deber de:</i>	Artículo 61: “Deberes de los profesionales. <i>Todos los profesionales del sistema de salud y en el ámbito de sus competencias tienen el deber de:</i>



Modificaciones en el articulado del Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud en Aragón efectuadas de oficio por la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios:

Una vez concluido el análisis de las alegaciones recibidas al citado Anteproyecto de Ley, se procede a reproducir en el presente informe, las **modificaciones incorporadas de oficio por parte de la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios** en el articulado del texto, en aras a mejorar su redacción y contenido, las cuales se estructuran en cuatro bloques: digitalización de los servicios sanitarios, etapas finales de la vida, los derechos de participación y la inclusión de una nueva Disposición Transitoria.

➤ Primeramente, se han añadido algunos incisos relativos a la **digitalización de los servicios sanitarios**, tales como la aplicación de la telemedicina, medicina virtual, desarrollo de redes de información y potenciación de las tecnologías más avanzadas, en concreto, se han visto afectados los artículos 1.3, 7.2, 15.1.c), 19.4, 57.e, y 65.3, así como una modificación de la Disposición Final Primera que recoge la posibilidad de regular reglamentariamente la implantación y desarrollo de estas tecnologías.

Estas modificaciones, relacionadas con las tecnologías, se establecen con la finalidad de garantizar la efectiva implantación de la transformación digital de los servicios sanitarios. Se pretende, de este modo, aprovechar y dinamizar el potencial de las últimas tecnologías para lograr una mayor eficiencia en los servicios que se prestan. En este sentido se han seguido las directrices indicadas por la Carta de Derechos Digitales de España, cuya redacción se inspira, a su vez, en la Declaración de derechos y principios que guiarán la transformación digital en la Unión Europea, todo ello en conexión asimismo con los postulados de la Gobernanza ética y la Estrategia de Salud Digital.

- En el artículo 1, que regula el objeto, se ha introducido un nuevo apartado 3.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 1 Objeto 1.La presente Ley tiene por objeto determinar, en el marco de la legislación vigente, los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud en Aragón, incluyendo los principios y garantías para su ejercicio y las acciones para propiciar su difusión y conocimiento. 2.La administración sanitaria velará por la garantía de los derechos y deberes descritos en esta Ley, tanto de oficio como cuando sean alegados por los usuarios, de acuerdo con los procedimientos previstos para ello.	Artículo 1 Objeto. 1.La presente Ley tiene por objeto determinar, en el marco de la legislación vigente, los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud en Aragón, incluyendo los principios y garantías para su ejercicio y las acciones para propiciar su difusión y conocimiento. 2.La administración sanitaria velará por la garantía de los derechos y deberes descritos en esta Ley, tanto de oficio como cuando sean alegados por los usuarios, de acuerdo con los procedimientos previstos para ello. 3. La regulación de los derechos digitales expresados en esta Ley se establece de conformidad con lo dispuesto en la Carta de Derechos Digitales de España, cuya redacción se inspira en la Declaración de derechos y principios que guiarán la transformación digital en la Unión Europea



- En el artículo 7 “Información sobre el sistema de salud”, se ha modificado el párrafo segundo.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 7. Información sobre el sistema de salud 2. Esta información se proporcionará por todos los canales de comunicación posibles de forma que sea accesible para todas las personas y habrá de estar actualizada.	Artículo 7. Información sobre el sistema de salud. 2. Esta información se proporcionará por todos los canales de comunicación posibles de forma que sea accesible para todas las personas y habrá de estar actualizada, promoviendo el desarrollo de redes de información sanitaria integrada y de calidad, potenciando la utilización de las nuevas tecnologías que faciliten la obtención de información, con el objeto de mejorar la interacción electrónica entre la ciudadanía y el Sistema Público de Salud.

- En el artículo 15 “Asistencia Sanitaria” se ha agregado una nueva letra c) dentro del apartado 1.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 15 Asistencia sanitaria. 1. Todas las personas tienen derecho a acceder a la asistencia sanitaria, conforme a los criterios previstos en la legislación vigente. Los usuarios tienen derecho a: a) Una atención a su salud integral, ajustada a las necesidades individuales y colectivas, orientada a conseguir la recuperación de las funciones biológicas, psicológicas y sociales, del modo más rápido y seguro. b) Un trato individual y personalizado orientado al bienestar físico y psíquico, conforme a estándares de confortabilidad y según sus necesidades y expectativas.	Artículo 15. Asistencia sanitaria. 1. Todas las personas tienen derecho a acceder a la asistencia sanitaria, conforme a los criterios previstos en la legislación vigente. Los usuarios tienen derecho a: a) Una atención a su salud integral, ajustada a las necesidades individuales y colectivas, orientada a conseguir la recuperación de las funciones biológicas, psicológicas y sociales, del modo más rápido y seguro. b) Un trato individual y personalizado orientado al bienestar físico y psíquico, conforme a estándares de confortabilidad y según sus necesidades y expectativas. c) Acceder a la asistencia sanitaria a través de tecnologías de la información y de la comunicación mediante soluciones de salud digital, con el objetivo de sumar nuevos canales en la atención del paciente que faciliten la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario eliminando barreras físicas y garantizando una gobernanza ética de los nuevos servicios digitales.



- En el artículo 19 se ha incorporado un nuevo párrafo cuarto con el objeto de reconocer, en relación con el derecho a la intimidad de las personas, las premisas necesarias que deben concurrir para que se pueda efectuar la grabación de imágenes o voz del paciente por parte de los profesionales sanitarios tanto para fines asistenciales como de investigación, contemplando y desarrollando estos derechos, relacionados a su vez con el uso de las tecnologías:

Texto previo	Texto resultante
Artículo 19. Intimidad y respeto a la dignidad. 1. Todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública. 2. Todas las personas tienen derecho a ser atendidas en un medio que respete y garantice su intimidad, especialmente la intimidad física durante la realización de las diferentes actuaciones diagnósticas o de tratamiento. 3. La privacidad de las personas se preservará siempre en la grabación de imágenes, videos, fotografías o cualquier otro medio que le identifiquen y deberá limitarse en los términos establecidos en la normativa vigente. Este derecho se preservará igualmente en las actividades de investigación biomédica y en los procesos formativos.	Artículo 19. Intimidad y respeto a la dignidad. 1. Todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública. 2. Todas las personas tienen derecho a ser atendidas en un medio que respete y garantice su intimidad, especialmente la intimidad física durante la realización de las diferentes actuaciones diagnósticas o de tratamiento. 3. La privacidad de las personas se preservará siempre en la grabación de imágenes, videos, fotografías o cualquier otro medio que le identifiquen y deberá limitarse en los términos establecidos en la normativa vigente. Este derecho se preservará igualmente en las actividades de investigación biomédica y en los procesos formativos. 4. La grabación de imágenes y/o voz por parte de los profesionales sanitarios, tanto para fines asistenciales como de investigación, requerirá la correspondiente autorización por parte del paciente, habiendo sido informado previamente de la finalidad de la misma, así como de la posibilidad de revocar este consentimiento ejercitando sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a la difusión y empleo de las imágenes en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación.

- En el mismo sentido, en el artículo 57, que regula los deberes de los usuarios en relación con los profesionales del sistema sanitario, se ha procedido a introducir una nueva letra e), en la que han quedado recogidos los requisitos necesarios exigidos para que un usuario pueda proceder a grabar una conversación sostenida con el citado profesional y que deberá destinarse estrictamente al uso personal del paciente.



Texto previo	Texto resultante
Artículo 57 Deberes en relación con los profesionales del sistema sanitario. Los usuarios del sistema de salud respetarán los siguientes deberes en relación a los profesionales del sistema sanitario: a. Guardar el debido respeto y consideración a los profesionales del sistema sanitario y al conjunto del personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto en su dignidad personal como profesional. b. Facilitar a los profesionales del sistema sanitario los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera clara y veraz, así como colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria. c. Cuando el paciente, en el ejercicio de su derecho de autonomía, decida no seguir las instrucciones y recomendaciones dadas, comunicará al profesional de esta decisión. d. Los usuarios, pacientes y sus acompañantes atenderán a las indicaciones y sugerencias realizadas por los profesionales, al objeto de garantizar una buena convivencia dentro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.	Artículo 57. Deberes en relación con los profesionales del sistema sanitario. Los usuarios del sistema de salud respetarán los siguientes deberes en relación a los profesionales del sistema sanitario: a. Guardar el debido respeto y consideración a los profesionales del sistema sanitario y al conjunto del personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto en su dignidad personal como profesional. b. Facilitar a los profesionales del sistema sanitario los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera clara y veraz, así como colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria. c. Cuando el paciente, en el ejercicio de su derecho de autonomía, decida no seguir las instrucciones y recomendaciones dadas, comunicará al profesional de esta decisión. d. Los usuarios, pacientes y sus acompañantes atenderán a las indicaciones y sugerencias realizadas por los profesionales, al objeto de garantizar una buena convivencia dentro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. e. Los pacientes no podrán grabar la conversación sostenida con los profesionales del sistema sanitario salvo autorización expresa previa del profesional que va a ser grabado. En este caso, la grabación deberá destinarse estrictamente al uso personal del paciente. Cualquier otro uso diferente debe ser acorde con la legislación vigente y puede ser susceptible de responsabilidad por parte de la persona que realiza la grabación.

• Por otra parte, en el artículo 65, se ha incorporado un apartado tercero en relación al uso de las tecnologías más avanzadas en los sistemas de Información y atención al usuario, quedando de la siguiente manera:



Texto previo	Texto resultante
Artículo 65. Funciones de los Servicios Información y Atención al Usuario. 1. En relación con los derechos y deberes, corresponde a los Servicios de Atención al Usuario, entre otras funciones: a) Informar a las personas usuarias sobre los derechos y deberes que les asisten y contribuir a su cumplimiento. b) Aportar información sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en lo relativo a su condición de usuario. c) Proporcionar información a los responsables de la gestión sanitaria de las incidencias reiteradamente manifestadas. d) Promover la resolución en situaciones de conflicto velando por la equidad y los aspectos éticos. e) Informar, gestionar y atender de forma personalizada las demandas y solicitudes que realicen las personas usuarias en relación con el ejercicio de los derechos. f) Gestionar el procedimiento de quejas, sugerencias y agradecimientos y realizar gestiones de apoyo. g) Realizar la propuesta de contestación o confeccionar los informes pertinentes, según su ámbito competencial, de las quejas y sugerencias. h) Recabar las expectativas de las personas usuarias del sistema y su nivel de satisfacción, participando y realizando estudios de investigación. i) Colaborar con entidades y organizaciones representativas de pacientes y usuarios. j) Coordinar las actuaciones con la estructura de la organización para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias. k) Cuantas otras se establezcan en materia de atención al usuario. 2. Con el fin de mejorar la equidad del Sistema de Salud de Aragón, el Sistema de información y atención al usuario desarrollará programas específicos de información y garantía de los derechos de los usuarios tanto para población general como para usuarios pertenecientes a colectivos especialmente vulnerables.	Artículo 65. Funciones de los Servicios Información y Atención al Usuario. 1. En relación con los derechos y deberes, corresponde a los Servicios de Atención al Usuario, entre otras funciones: a) Informar a las personas usuarias sobre los derechos y deberes que les asisten y contribuir a su cumplimiento. b) Aportar información sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en lo relativo a su condición de usuario. c) Proporcionar información a los responsables de la gestión sanitaria de las incidencias reiteradamente manifestadas. d) Promover la resolución en situaciones de conflicto velando por la equidad y los aspectos éticos. e) Informar, gestionar y atender de forma personalizada las demandas y solicitudes que realicen las personas usuarias en relación con el ejercicio de los derechos. f) Gestionar el procedimiento de quejas, sugerencias y agradecimientos y realizar gestiones de apoyo. g) Realizar la propuesta de contestación o confeccionar los informes pertinentes, según su ámbito competencial, de las quejas y sugerencias. h) Recabar las expectativas de las personas usuarias del sistema y su nivel de satisfacción, participando y realizando estudios de investigación. i) Colaborar con entidades y organizaciones representativas de pacientes y usuarios. j) Coordinar las actuaciones con la estructura de la organización para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias. k) Cuantas otras se establezcan en materia de atención al usuario. 2. Con el fin de mejorar la equidad del Sistema de Salud de Aragón, el Sistema de información y atención al usuario desarrollará programas específicos de información y garantía de los derechos de los usuarios tanto para población general como para usuarios pertenecientes a colectivos especialmente vulnerables. 3. El Sistema de Información y atención al usuario utilizará las tecnologías más avanzadas de información y comunicaciones, incluyendo aplicaciones informáticas y dispositivos integrados y operables entre sí que permitan potenciar los procesos relacionados con la mejora del nivel de salud, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención sanitaria y la rehabilitación, posibilitando que se pueda compartir información en tiempo real, entre todas las personas que intervienen en dichos procesos.



- Finalmente, se modifica el apartado segundo de la Disposición final primera “Desarrollo reglamentario”, por el que se habilita al titular del Departamento de Sanidad para efectuar un desarrollo reglamentario en el ámbito de la transformación digital de los servicios sanitarios, en los siguientes términos:

Texto previo	Texto resultante
Disposición final primera. Desarrollo reglamentario. 1. El Gobierno de Aragón podrá dictar las disposiciones de carácter general de desarrollo y aplicación de la presente ley que resulten necesarias. 2. Se habilita asimismo al titular del departamento competente en materia de salud para proceder al desarrollo reglamentario de las materias específicas previstas en la ley.	Disposición final primera. Desarrollo reglamentario. 1. El Gobierno de Aragón podrá dictar las disposiciones de carácter general de desarrollo y aplicación de la presente ley que resulten necesarias. 2. Se habilita asimismo al titular del departamento competente en materia de sanidad para proceder al desarrollo reglamentario de la transformación digital de los servicios sanitarios, así como los recursos necesarios para garantizar la evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de las tecnologías sanitarias, así como su impacto organizativo, social y ético.

➤ Una vez analizado el primer bloque, relativo a los derechos digitales, pasamos a examinar el segundo ámbito, “**Etapas finales de la vida**”.

- Se procede por tanto a modificar el artículo 44. “**Etapas finales de la vida**”,

Se ha acometido esta modificación con la finalidad de adaptar lo señalado en el precepto a lo dispuesto en la nueva Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, dado que la aprobación de esta Ley estatal se ha efectuado con posterioridad a la elaboración de los primeros anteproyectos de la Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud de Aragón, motivo por el que en las anteriores versiones no quedaba reflejada esta posibilidad. Por ello, el mencionado artículo 44 se somete a una profunda revisión con el objeto de adecuar su contenido a la nueva ley orgánica reguladora de la eutanasia, quedando de este modo reflejados los derechos del paciente, las pautas y las actuaciones que deberá desplegar al respecto el Servicio Aragonés de Salud.



Texto previo	Texto resultante
Artículo 44. Etapas finales de la vida. 1. La administración sanitaria garantizará el respeto a la dignidad de las personas en las etapas finales de la vida, durante todo el proceso asistencial y en todos sus centros y servicios. 2. Se respetarán las preferencias del paciente sobre el lugar donde transcurrirán los últimos días de su vida, en su domicilio o en un centro sanitario. 3. Cuando el paciente elija su domicilio, la administración sanitaria proveerá atención continuada de cuidados paliativos hasta el momento del fallecimiento. Si el paciente elige un centro sanitario, se garantizará la intimidad y la dignidad del paciente procurando una habitación individual, en la que pueda estar acompañado de sus allegados. 4. Cuando el paciente fallezca en un centro sanitario público, se facilitará a los familiares la orientación e información adecuada para gestionar la situación.	Artículo 44. Etapas finales de la vida 1 Con carácter general y para todos los pacientes, la administración y los centros sanitarios, a) Garantizarán el respeto a la dignidad de las personas en las etapas finales de la vida, durante todo el proceso asistencial y en todos sus centros y servicios. b) Se respetarán las preferencias del paciente sobre el lugar donde transcurrirán los últimos días de su vida, en su domicilio o en un centro sanitario. c) Cuando el paciente elija su domicilio, proveerán atención continuada de cuidados paliativos hasta el momento del fallecimiento. Si el paciente elige un centro sanitario, se garantizará la intimidad y la dignidad del paciente procurando una habitación individual, en la que pueda estar acompañado de sus allegados. d) Cuando el paciente fallezca en un centro sanitario público, facilitarán a los familiares o allegados la orientación e información adecuada para gestionar las acciones necesarias inmediatamente tras el fallecimiento, con la debida consideración a los primeros momentos del duelo. 2. Cuando de acuerdo a lo previsto en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, el paciente decida ejercer el derecho a la eutanasia y solicitar la prestación de ayuda para morir, a) El Sistema de Salud de Aragón garantizará los medios personales y materiales adecuados para realizar una deliberación adecuada con el paciente sobre su solicitud y su decisión final, respetando su autonomía personal, con la necesaria implicación del médico responsable del proceso del paciente. b) Asimismo, el Sistema de Salud de Aragón, cuando la solicitud concluya en la prestación efectiva de la ayuda para morir, procurará un entorno adecuado para la misma, según las preferencias del paciente, respetando su intimidad y la confidencialidad de un procedimiento de especial sensibilidad social, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, y de acuerdo a la organización territorial de los servicios sanitarios públicos. c) Los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón se prestarán mutuo apoyo para garantizar los medios personales y materiales adecuados para la deliberación y la prestación efectiva de la ayuda para morir. d) Cuando un paciente opte por la atención sanitaria privada, los centros sanitarios que la prestan estarán obligados asimismo a garantizar los medios personales y materiales para la deliberación con el paciente, y para la prestación efectiva de la ayuda para morir cuando corresponda, regidos bajo los mismos principios de respeto a la autonomía personal, protección de la intimidad y confidencialidad en el proceso.

➤ A continuación, se procede a examinar el tercer bloque de modificaciones relativo a los **derechos de participación**:



- Se ha considerado oportuno, dentro de los derechos de participación que contempla el capítulo octavo, modificar el artículo 54, relativo a los mecanismos de participación, profundizando en este aspecto, confiriéndole un mayor impulso al expandir su ámbito de aplicación, a la par que se toman en consideración las oportunidades que nos brindan las nuevas tecnologías, garantizando el acceso a la información relativa a la salud para potenciar el derecho de participación.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 54. Mecanismos de participación. 1. Las administraciones públicas competentes promoverán un modelo o marco general de participación en salud. 2. Los ciudadanos podrán participar de forma individual presentando sugerencias acerca del funcionamiento de los servicios o como miembros de los órganos colegiados con función asesora o consultiva. 3. La administración pública competente en materia de salud impulsará nuevas formas de participación de las organizaciones representativas y asociaciones con intereses en la salud, así como de los ciudadanos en general. El marco general de participación en salud impulsará la investigación sobre modelos innovadores y formas efectivas de participación en salud.	Artículo 54. Mecanismos de participación. 1. Las administraciones públicas competentes promoverán un modelo o marco general de participación en salud, teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 8/2015, de 25 de marzo, de Transparencia de la Actividad Pública y Participación Ciudadana de Aragón. 2. La participación en salud incluye los ámbitos de políticas de salud, la gestión y diseño de servicios, la salud comunitaria y la salud individual. El proceso de participación tiene diferentes etapas como la información, la consulta, la colaboración y la cooperación con liderazgo compartido. 3. La participación en la salud individual está relacionada con las decisiones compartidas entre los profesionales del sistema de salud y los pacientes. Para ello es clave avanzar en la alfabetización en salud de los pacientes y ciudadanos y el sistema de salud debe reconocer e identificar la experiencia del paciente, como elemento para mejorar la calidad de la atención sanitaria. 4. La participación en la salud comunitaria implica que diferentes agentes y entidades de la comunidad trabajan de forma conjunta a partir de las necesidades locales de salud y desarrollan iniciativas comunitarias que fomentan la dinamización de los activos para la salud, mejoran la comunicación entre los servicios y la población y promueven la capacitación y formación de las personas y grupos sociales de la zona. 5. El Departamento competente en materia de sanidad facilitará el acceso a información de salud y del sistema sanitario a los ciudadanos, los pacientes y los usuarios para fomentar su participación y la gestión de su propia salud. Entre otras medidas, se utilizará la capacidad de personalización de las tecnologías de la información y comunicación. Por otra parte, se recogerá la perspectiva y visión de los usuarios mediante la realización, de forma periódica, de la encuesta de satisfacción de los usuarios y otros estudios sobre la experiencia del paciente. 6. La administración pública competente en materia de salud impulsará nuevas formas de participación de las organizaciones representativas y asociaciones con intereses en la salud, así como de los ciudadanos en general. El marco general de participación en salud impulsará la investigación sobre modelos innovadores y formas efectivas de participación en salud.

- Asimismo, en relación al artículo 55 “Órganos de participación”, se pretende dotar al Consejo de Salud de mayor participación, otorgando a su composición de un carácter



más abierto, incorporando nuevos criterios de selección más acordes e incluyendo nuevas funciones.

Texto previo	Texto resultante
Artículo 55. Órganos de participación. 1. El Consejo de Salud de Aragón, los consejos de salud de sector y los consejos de salud de zona básica de salud son los órganos formales de participación de la administración sanitaria. 2. El Consejo de Salud de Aragón constituirá grupos de trabajo permanente sobre los temas específicos de salud que exijan una atención especial y un seguimiento continuado	Artículo 55. Órganos de participación 1. El Consejo de Salud de Aragón, los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona son, en cada nivel territorial del Sistema de Salud de Aragón, los órganos colegiados de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, asesorando e informando al Departamento competente en materia de sanidad. 2. El Consejo de Salud de Aragón es el máximo órgano de participación ciudadana, en el ámbito del Sistema de Salud de Aragón, cuyo objetivo es servir de cauce para facilitar la gobernanza de la política sanitaria de dicho Sistema y armonizar la política de salud y las restantes políticas dirigidas a procurar el bienestar de la población que vive en Aragón. 3. La organización, composición, funciones y funcionamiento del Consejo de Salud de Aragón se regulará reglamentariamente, conforme a criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando, en todo caso, la participación de la administración sanitaria, las entidades locales, de las organizaciones sindicales, en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Libertad Sindical, de las organizaciones empresariales más representativas en Aragón, de la Universidad de Zaragoza, de los colegios profesionales relacionados con la salud, de las entidades científicas de la Comunidad Autónoma de Aragón, de las asociaciones vecinales, de las asociaciones de pacientes y de las organizaciones de consumidores y usuarios de Aragón. El Consejo de Salud de Aragón constituirá grupos de trabajo sobre los temas específicos de salud que exijan una atención especial o un seguimiento continuado y que permitan un proceso deliberativo. 4. El Consejo de Salud de Área es el órgano colegiado de participación ciudadana para la consulta y seguimiento de la gestión sanitaria llevada a cabo en el área respectiva, facilitando la implicación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones para mejorar la gestión de servicios, garantizar los derechos de los usuarios y fomentar la promoción de la salud. 5. La organización, composición, funciones y funcionamiento de los consejos de salud de área se regulará reglamentariamente, previéndose la participación, junto a los representantes de la administración sanitaria (de atención primaria, atención hospitalaria y salud pública), representantes de las entidades locales comprendidas en el área, representantes de los servicios sociales, de la administración educativa, colegios profesionales relacionados con la salud, asociaciones de pacientes, organizaciones sindicales y asociaciones ciudadanas, entre ellas las asociaciones de vecinos, consumidores y usuarios. 6. El Consejo de Salud de Zona es el órgano de participación ciudadana en la zona de salud que facilita el codiseño de los servicios de atención primaria y salud pública de la zona de salud, favorece la colaboración intersectorial entre los servicios públicos y promueve el trabajo en red y el desarrollo comunitario con las entidades de la zona para mejorar la salud y la equidad sanitaria. Existirá un consejo de salud por cada zona de salud, si bien, cuando concurren circunstancias que lo aconsejen y se aprecie la identidad del territorio, cabrá constituir un consejo de salud que agrupe a dos o más zonas básicas de salud, a propuesta conjunta de los respectivos equipos de atención primaria, por decisión del Director Provincial del departamento competente en materia de sanidad. 7. La organización, composición, funciones y funcionamiento de los consejos de salud de zona se regulará reglamentariamente, previéndose la participación, junto a los miembros del respectivo equipo de atención primaria, de representantes de salud pública, las entidades locales, los servicios sociales, los centros educativos, las farmacias, las organizaciones sindicales y las entidades ciudadanas, entre ellas las asociaciones de vecinos y las asociaciones de consumidores y usuarios, todos ellos comprendidos en la zona.



➤ Por último, dentro del cuarto bloque de reformas, se ha procedido a añadir una **nueva Disposición transitoria segunda**, modificando la numeración de la anterior que pasa a denominarse disposición transitoria primera en lugar de única, y que se reproduce a continuación:

Disposición transitoria segunda. *Transitoriedad del funcionamiento del Consejo de Salud de Sector.*

“En tanto no se efectúe el desarrollo reglamentario de los órganos de participación, el Consejo de Salud de Sector seguirá cumpliendo sus funciones”.

A este respecto, es importante resaltar que esta Dirección General, durante meses, ha mantenido fluida correspondencia con las entidades afectadas informando de los cambios que se pretendían incluir, facilitándoles un amplio periodo de tiempo en el que pudieron manifestar sus sugerencias al respecto, con lo que se ha garantizado plenamente la oportuna participación de las entidades.

En función de lo dispuesto en el artículo 4 apartado 3 del Decreto 53/2013, de 2 de abril, del Gobierno de Aragón, el Pleno del Consejo de Salud de Aragón ya había informado el Anteproyecto de 12 de diciembre de 2017. No obstante, al haberse introducido las reformas analizadas en los artículos anteriores, se ha procedido a remitir nuevamente el texto a dicho Consejo a los efectos de que se pudiera pronunciar de nuevo sobre el mismo, cuestión que se materializó mediante el informe de 4 de noviembre de 2022 emitido por la Comisión Permanente del Consejo de Salud de Aragón.

Zaragoza, a fecha de firma electrónica

EL DIRECTOR GENERAL DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL,
INNOVACIÓN Y DERECHOS DE LOS USUARIOS

Juan Ignacio Coll Clavero