

ESCRIBE

**eduardo schnitzler**

# Los derechos del paciente en la atención hospitalaria

**Un buen criterio para identificar los principales derechos del paciente, es observar los aspectos reconocidos como más significativos por los organismos acreditadores de organizaciones sanitarias.**



**Dr. Eduardo Schnitzler**

Médico Pediatra e Intensivista Pediátrico, certificado por la Sociedad Argentina de Pediatría y acreditado por la Academia Nacional de Medicina.

Especialista Universitario en Gestión y Economía de la Salud.

Docente del Centro de Economía y Gestión en Salud (CEGES).

Profesor Asociado de Pediatría de la Universidad Austral.

Associate Editor Pediatric Critical Care Medicine, Wolter Kluwer- LWW desde 2003 al presente.

Revisor Archivos Argentinos de Pediatría, 1990 al presente

En décadas pasadas, la atención hospitalaria de mayor complejidad se concentraba en algunos hospitales públicos académicos, donde los programas de residencia se habían consolidado. El prestigio de los diferentes servicios clínicos o quirúrgicos motivaba a que los pacientes depositaran toda su confianza en los profesionales y la institución, convencidos de que quienes intervinieran en su curación o alivio agotarían todas las instancias a favor de su recuperación.

No importaba entonces, si quien lo atendía era un residente en formación o un especialista muy experimentado. Todos, incluyendo al paciente, estaban seguros de que la mejor opción posible dependía del compromiso asumido y la accesibilidad a la consulta de los profesionales prestigiosos siempre disponibles.

La toma de decisiones se realizaba según el mayor o menor conocimiento o destreza y donde el peso de la opinión o la propia experiencia eran los principales impulsores. La búsqueda del diagnóstico certero, planteado como un enigma a resolver, era la clave más destacada del acto clínico, mientras que el criterio y la destreza quirúrgica eran los pilares entre los cirujanos.

La actitud del paciente era, en términos generales, sumisa, temerosa, impregnada de veneración y respeto hacia los profesionales involucrados. No pocos abusos y tratos -al menos destemplados- se alternaban con acciones destacadas y de alta competencia para la medicina de entonces. El paciente abandonaba aparentemente todo derecho en función de entregarse confiadamente a los doctores, maestros o profesores de la medicina.

---

## Un nuevo contexto

Sin embargo, en 1948, luego de la finalización de la segunda guerra mundial, uno de los documentos más preclaros del siglo pasado fue firmado por la casi totalidad de las naciones. La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*<sup>(1)</sup>, basada en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del hombre y de la igualdad de derechos inalienables para toda la familia humana reafirma el valor de cada ser humano y se propone promover el progreso social con respecto a la libertad.

No es difícil concluir, relejendo esta declaración, que muchos de los derechos que son promovidos actualmente para los pacientes estaban contenidos en este documento. Era suficiente con su aplicación en el contexto particular de la asistencia hospitalaria. Vale la pena recordar y asignar algunos de sus artículos a la situación del enfermo hospitalizado:

“Los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, cualquiera sea su enfermedad o situación y que la obligación de un “comportamiento fraternal con ellos” compromete a todo el personal sanitario. “Que sus derechos y libertades no pueden ser conculcados ni manipulados” (consentimiento informado, derecho a rehusarse a un tratamiento) “Que no puede haber distinciones en su trato motivados por circunstancias sociales o económicas” (equidad). “Que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (respeto por la vida, seguridad, protección) “Que nadie puede ser sometido a torturas ni a tratos inhumanos que provoquen dolor o sufrimiento” (control del dolor, asistencia espiritual). “Que todos tienen derecho a ser

protegidos por la ley. Que nadie puede ser aislado de su familia o detenido arbitrariamente” (derecho a estar acompañado) “Que toda persona tiene derecho a ser escuchada” (recibir información clara). “Nadie puede ser objeto de injerencias en su vida privada” (privacidad, confidencialidad). “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado” (cuidados centrados en el paciente y su familia). “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión y libertad para manifestarla tanto pública como privadamente” (respeto por las creencias y disponibilidad de ayuda). “Toda persona tiene derecho a la seguridad social, derecho al descanso. Toda persona tiene derecho a la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (accesibilidad) “Toda persona tiene derecho a la educación” (también a ser educada en relación a su enfermedad).

Finalmente, la declaración concluye en que “Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración”.

La pregunta es obligada: ¿Los profesionales de la salud nos hemos constituido, imbuidos de nuestro conocimiento y con el fin probable de la beneficencia, en uno de estos grupos supresores de derechos? Como siempre, juzgar sin considerar el contexto histórico puede ser efectista, no obstante la reflexión vale, especialmente cuando nuevos vientos de intolerancia parecen surgir bajo el impulso de una cultura hegemónica globalizada y dominante.

## Los avances de la ciencia y las comunicaciones

En las últimas décadas, hemos asistido a un desarrollo impresionante en el campo de la biología y las ciencias biomédicas. Los progresos alcanzados en la sobrevida y en la calidad de vida de enfermos, antes terminales, son notorios y en algunos casos sorprendentes. Este desarrollo ha sido acompañado sin duda por un crecimiento del llamado complejo médico-industrial, donde la iniciativa privada tiene un papel fundamental. La investigación clínica financiada por la industria ha crecido en forma exponencial. El crecimiento del costo en salud, también ha impulsado el desarrollo de disciplinas focalizadas en la efectividad, la eficiencia, la costo-utilidad y la economía de la salud en general.

Por una parte, todos esos cambios han provocado que la toma de decisiones en los profesionales de la salud no estén ajenas a incentivos para aplicar procedimientos o para contener su uso.

La confianza, ese vínculo básico sobre el que siempre estuvo apoyada la relación médico-paciente, es amenazada por la sospecha -fundada o no- de que las decisiones pueden estar influidas por otras razones no exactamente alineadas con el propósito de beneficencia. Los incentivos pueden ser económicos o de otro tipo, el peor incentivo es aquel que mueve a aceptar la injusticia de un cuidado subóptimo, para conservar el propio statu quo en el sistema y éste puede afectar tanto al ámbito privado como público.

Por otra parte, el afianzamiento del derecho de autonomía, que implica la participación activa del paciente en recibir toda la información y decidir la mejor alternativa de acuerdo a sus preferen-

cias, ha alcanzado un lugar definitivo en la construcción de relación con los profesionales de la salud. Los cambios en la comunicación y la accesibilidad a la misma han contribuido -en general- a enfrentarse con pacientes mucho más informados. El surgimiento de las asociaciones o alianzas de pacientes constituyen otro elemento en franco crecimiento alineado con la defensa de sus derechos y en busca de una atención segura.<sup>(2)</sup>

## Los derechos del paciente en la legislación

El 20 de noviembre del 2009 fue publicada en el Boletín Oficial la ley 26.529 sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud.<sup>(3)</sup>

En su primer capítulo puntualiza los derechos del paciente basándose en el ejercicio de su autonomía, el derecho a la información y las garantías relacionadas con la documentación clínica. Define como derechos esenciales el de asistencia independiente de cualquier condición, el trato digno y respetuoso con especial referencia a sus convicciones, condiciones socioculturales, pudor e intimidad, el derecho a la intimidad y la confidencialidad de la información, el privilegio de su autonomía en la aceptación o rechazo de tratamientos, el derecho a revocar sus consentimientos previos, el derecho de recibir toda la información vinculada a su salud y de buscar otras opiniones profesionales. En sus capítulos subsiguientes, puntualiza los criterios que rigen la transferencia de información sanitaria, una política definida en relación a los consentimientos informados, haciendo especial referencia al uso de información con fines académicos, el derecho a revocar y el de directivas anticipadas.

*“Los pacientes tienen derecho a que su dolor, sea evaluado y aliviado en forma permanente. La disponibilidad de soporte psicológico es también un derecho del paciente internado. Las instituciones deben contar con los medios que hagan accesibles las solicitudes de servicios pastorales acordes con las creencias religiosas de los pacientes”*

En el capítulo V hace especial referencia a la historia clínica y las políticas que deben guardarse en relación a la misma, incluidas las relacionadas con las historias clínicas electrónicas, su integridad, unicidad e inviolabilidad.

## Los derechos del paciente en los procedimientos hospitalarios

Un buen criterio para identificar los principales derechos del paciente, es observar los aspectos reconocidos como más significativos por los organismos acreditadores de organizaciones sanitarias.<sup>(4,5)</sup>

**Accesibilidad:** implica el acceso al tratamiento indicado y en el tiempo oportuno, en forma uniforme para toda la población asistida. Queda ligada a este derecho la clara disponibilidad de la información que facilite el acceso al lugar o servicio apropiados en consonancia con sus capacidades y con la correspondencia de prestación entre la entidad prestadora y el ente financiador. Ante las emergencias el lugar más próximo debe responder independientemente de este último punto.

**Respeto y dignidad:** el derecho a reci-

bir un tratamiento respetuoso en todo momento y circunstancia basado en la dignidad humana. Mucha de la “jerga médica hospitalaria” contrasta claramente con este derecho, la tolerancia a la misma es un indicador de la escasa adhesión a este derecho.

**Privacidad y confidencialidad:** La privacidad personal es un derecho vulnerado muchas veces por las propias estructuras hospitalarias. Es posible que respetar este derecho tenga barreras que parezcan infranqueables cuando las áreas de cuidado intensivo son abiertas o las habitaciones compartidas, sin embargo, una actitud prudente y esmerada de los profesionales puede paliar -en parte- estas dificultades. La exposición innecesaria del paciente sin ropa es frecuente, explicada ocasionalmente en la necesidad de una mejor observación pero en otras por simple descuido, la consideración de los derechos relacionados con el respeto al pudor debe ser resaltada. Detalles como avisar antes de ingresar a la habitación del paciente, obtener la aprobación del paciente o de su familiar previa al ingreso de algún estudiante, discutir cualquier tópico relacionado con el paciente en el ámbito adecuado y con resguardo de su privacidad, son sólo algunas de las consecuencias del respeto por estos derechos. El acceso a la historia clínica sólo debe ser realizado por el personal involucrado en el tratamiento. Un proceso de autorizaciones formales deben existir para otras situaciones definidas.

**Seguridad:** Implica la protección del enfermo y su familia de cualquier agresión o abuso por parte de personal de la institución o externo a la misma. Implementar los medios de restricciones a la circulación, tarjetas de identificación

obligatoria y servicios apropiados de seguridad y vigilancia son algunos medios para garantizar estos derechos. La implementación de procesos apropiados de selección de personal y la supervisión son las mejores barreras de control para el personal interno. El paciente tiene que poder reconocer la identidad de quienes lo tratan. La información verbal y escrita de quienes son los responsables de su asistencia es la obligación institucional relacionada con este derecho.

**Derecho a la información:** Un proceso claro de cómo se informa al paciente y su familia debe estar diseñado, con características diferenciales en las áreas críticas y este derecho se vincula con la necesidad de una comunicación abierta a las preguntas, privada y pausada, que se asegure la comprensión. El paciente y su familia tienen también el derecho a recibir educación y entrenamiento vinculados con el manejo de la propia enfermedad.

Las políticas sobre consentimiento informado son expuestas en la ley y cada institución debe acordar sus alcances y los requerimientos de formas escritas. Es necesario recordar que el objetivo del consentimiento, es asegurarse la comprensión del paciente del procedimiento o tratamiento a efectuar y su libre decisión de aceptación. No es un formulario necesario para contener cualquier reclamo legal. Es un acto médico y es llamativo comprobar como muchas veces se completa sólo parcialmente sin la firma del médico que lo acredita.

Aceptar el derecho a negarse a recibir un tratamiento propuesto, es muchas veces una situación difícil de manejar. El trabajo multidisciplinario, promoviendo la intervención de la familia, del

capellán o representante religioso del paciente pueden ser medios para acordar la mejor opción entre las propuestas profesionales y las preferencias del paciente. Otras veces la presentación del caso en el comité de ética hospitalario puede aportar elementos de ayuda. Los pacientes tienen derecho a tener acceso a cuidados paliativos y a negarse a recibir tratamientos de reanimación cardiopulmonar u otro tipo de intervenciones fútiles en relación a su evolución.

Los pacientes tienen derecho a que su dolor, sea evaluado y aliviado en forma permanente. La disponibilidad de soporte psicológico es también un derecho del paciente internado. Las instituciones deben contar con los medios que hagan accesibles las solicitudes de servicios pastorales acordes con las creencias religiosas de los pacientes.

## Los derechos del paciente comienzan en la responsabilidad de los profesionales

Se espera que los profesionales de la salud y las instituciones conozcan, protejan y promuevan los derechos mencionados. Los pacientes y sus familias deben ser informados de los mismos y estimulados a ejercerlos. Es responsabilidad de los directivos de las instituciones educar al personal en el conocimiento y promoción de los mismos.

El manual de acreditación del ITAES menciona, entre los documentos conceptuales que lo inspiraron, parte del *Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe* que define al ser humano como eje de la misión hospitalaria.<sup>(6)</sup> La organización hospitalaria se define como un conjunto de distintas funciones que conforman un equipo, con la misión de recuperar y proteger la salud desde un con-

cepto abarcativo de los aspectos físicos, mentales, sociales, afectivos, culturales y espirituales del paciente y su familia. La promoción de los derechos del paciente sin duda contribuye a cumplir con su misión.

Para concluir, vale la pena citar al Académico Alberto Agrest "Ayer, hoy y mañana no son sólo cambios cronológicos, sino también variaciones de pautas culturales. Sabemos que no podemos detener el tiempo; aún así, podemos defender de la erosión las pautas culturales que creemos dignas".<sup>(7)</sup> Reconocer y promover los derechos del paciente e instrumentar todos los recursos disponibles para garantizarlos es un cambio cultural positivo, que no implica abandonar la entrega y la construcción de una relación basada en la confianza entre las partes en función de un fin común.

## Referencias

- (1) Declaración Universal de los Derechos Humanos. <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>
- (2) Foro Español de Pacientes <http://www.webpacientes.org/fep/>
- (3) Ley 26529. Boletín Oficial 20/11/09 <http://test.e-legis-ar.msal.org.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366>
- (4) ITAES. Derechos de los pacientes (pag 11-13) en *Manual de Acreditación para establecimientos polivalentes de agudos con internación*. 3 edición (2003) Argentina
- (5) JCI Patient and family rights (pag 57-74) in *Joint Commission International Accreditation standards for Hospitals*. 4th edition 2011
- (6) ITAES. El hombre como eje del hospital (pag 11) en *Manual de Acreditación para establecimientos polivalentes de agudos con internación*. 3 edición (2003) Argentina.
- (7) Agrest A. Prologo del autor ( pag 13-27) en *Ser médico ayer, hoy y mañana*. Ed Zorzal (2008) Argentina