

Un código de derechos del paciente

J. Sillero F. Cañete

La evolución de la Medicina en punto a la consideración de las prerrogativas del enfermo ha sido considerable en este último cuarto de siglo. El principio de beneficencia regía hasta estos últimos decenios en las relaciones médico-paciente: significaba este principio que el médico era considerado como un benefactor integral para con el enfermo, conocedor de las mejores opciones en orden a su curación o mejoría; por consecuencia, el enfermo debería aceptar con confianza y docilidad todas y cada una de las iniciativas y prescripciones del doctor, que siempre han de redundar en su beneficio.

Ese modo de relación ha cambiado sustancialmente: se ha sustituido el concepto paternalista del clínico por el de autonomía del paciente. Éste es dueño único de su cuerpo y puede adoptar para con él las decisiones que considere más adecuadas. Esa libertad para determinar el modo de vivir tiene su extensión más discutida en la posible decisión autónoma para acabar con la vida (1). Impuesta hoy esta filosofía sólidamente, podemos ahora examinar cómo se refleja en diversos aspectos o ángulos de la relación médico-paciente, admitiendo a la postre una serie de capacidades que pueden componer un verdadero código de derechos de los pacientes, con especial insistencia hacia aquéllos que ingresan en hospitales.

1.º Derecho a la información

En la Medicina actual la información es a la vez un deber inexcusable del clínico que atiende a un enfermo y, recíprocamente, un derecho de éste a recibirla. Bajo este encabezado se incluyen diversas facetas, como son (2):

- El informe de alta, que el médico emite cuando el paciente abandona el centro hospitalario y en el que se especifica la encuesta investigadora realizada durante su estancia, el diagnóstico o diagnósticos alcanzados, así como la terapia seguida durante el internamiento y la que se propone a la conclusión del mismo. Es un documento de enlace esencial con el médico de atención primaria, el que a su vez podrá, cuando lo estime necesario, solicitar al hospital clarificaciones o ampliaciones al informe de alta.
- Certificados de salud, confirmando la ausencia de enfermedad o declarando, a petición del paciente, el o los procesos morbosos que soporta, en orden a su utilización en procedimientos legales que los precisen.
- Acceso a la historia clínica. El paciente tiene derecho a conocer la información contenida en los protocolos clínicos que le conciernen; puede corregir errores en sus especificaciones si los hubiere, e incluso tiene posibilidad de solicitar una copia de esa historia.
- Consentimiento informado. Es la parte más esencial de este capítulo, que puede

definirse como «el derecho que tiene todo paciente competente a recibir una información veraz, suficiente y comprensible por parte del médico responsable, la que le va a permitir participar en la toma de decisiones en forma voluntaria y activa, tanto respecto a labores de diagnóstico como de tratamiento». De ello se deriva una consecuencia simple y clara: ninguna actuación médica será lícita sin el consentimiento implícito e incluso explícito del enfermo.

La Ley General de Sanidad, en el punto 5 de su artículo 10, consagra esta prerrogativa cuando dice: «El paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento».

Profundizando un poco sobre las características de esta información, debemos señalar que ha de ser de una cuantía y calidad suficientes (3).

En lo concerniente a cuantía, debe incluir:

—Preceptos relativos a terapia, tales como el tratamiento que se propone, alternativas a esa terapia si existen (con independencia de que sean o no cubiertas por la Seguridad Social), efectos secundarios adversos que esos procedimientos terapéuticos pueden inducir, riesgo de muerte si existe, posibilidades de alcanzar los objetivos terapéuticos —curación inclusive—, experiencia previa del médico en el tratamiento de casos semejantes, etc.

—Preceptos de orden diagnóstico, como el derecho al conocimiento de la verdadera naturaleza de la enfermedad, potencial evolutivo y pronóstico a corto y largo plazo, grado de disconfort y hasta de riesgo procurado por los procedimientos diagnósticos propuestos para su caso, etc.

—Al enfermo le asiste el derecho de conocer la identidad, estatus profesional y experiencia clínica de todos los que se encargan de sus cuidados; incluso ser informado de las repercusiones económicas del manejo clínico, si las hubiere.

En lo concerniente a calidad, la información ha de ser clara y concisa, expresada en un lenguaje al alcance del profano, traducida a su idioma si de un no oriundo se trata y transmitida a los familiares si el paciente no es competente (4).

Pueden contemplarse algunas excepciones a las reglas generales anteriores, en eventos concretos: por ejemplo, en casos en que dicha información pueda entrañar un riesgo para la salud pública, o que la situación de urgencia no permita la demora necesaria para cumplimentarla, o si el paciente es incompetente o incapaz (en cuya circunstancia se recurrirá a sus familiares o representantes legales) (2).

Podemos concluir este punto afirmando que una información adecuada y oportuna, lejos de suponer un obstáculo en las relaciones médico-paciente, eleva el ámbito de confianza entre ambos y anima a una mayor colaboración del propio enfermo.

2.º Derecho a rehusar un tratamiento

Es una consecuencia del anterior: una vez informado, el paciente puede optar por no consentir y rechazar cualquier tipo de proceder diagnóstico, así como terapia, médica o quirúrgica. Ello no debe conllevar como consecuencia que el enfermo resulte discriminado negativamente, o se le nieguen otros cuidados y auxilios autorizados por él y útiles para el proceso que sufre.

La desestimación de recursos terapéuticos puede llegar incluso al rehusar del tratamiento de sostén, es decir, de la nutrición e hidratación, considerados parte de la terapéutica cuando se alcanzan por procedimientos artificiales (sondas, infusiones). Así lo han admitido diversos tribunales a nivel internacional, aun considerando que ello puede implicar una aceleración de la muerte del paciente (5).

Éste tiene además a su alcance la posibilidad de designar un subrogado responsable o dictar unas voluntades en torno al tratamiento que desea o que no desea recibir, para el caso de que queda incompetente.

3.º Derecho de privacidad y dignidad

Se contemplan en realidad unidos, porque una quiebra de la primera –con publicación incontrolada de datos concernientes a la enfermedad– representa un verdadero atentado a la dignidad del paciente.

El derecho a mantener en secreto el proceso morboso concierne tanto al médico como al restante personal sanitario que contacta con el enfermo; la exigencia de responsabilidades legales se extiende a todos, en un medio tan lábil y poroso como puede ser el de un hospital. Esta privacidad resulta decisiva cuando se refiere a procesos de tanta repercusión social como en el presente tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA (3).

Por vía de consecuencia, nadie que no esté directamente implicado en el cuidado del paciente debe tener acceso a datos del protocolo médico sin autorización previa por el enfermo o su representante legal. Y ello no sólo reza para cualquier persona ajena al caso, sino también para compañías aseguradoras, etc.

La dignidad del paciente implica otros extremos significativos:

- El derecho a un tratamiento adecuado sin discriminaciones en razón a raza, sexo, orientación sexual, religión, lugar de nacimiento, edad, grado de incapacidad, estatus socioeconómico o fuente de pago.
- El enfermo tiene derecho a la no intrusión, como la que se produce por exploraciones o terapia a cargo de médicos no responsables de su cuidado, incluyendo aquí también a estudiantes de Medicina o Enfermería.
- Es exigible que reciba un trato personal adaptado: afectivo y proporcionado a su situación de minusvalía.

4.º Derecho a cuidados urgentes

El manejo de un paciente en el curso de una emergencia puede ser decisivo para su futuro. Nunca como entonces se pone a prueba la calidad de unos cuidados médicos.

Una atención en el departamento de Urgencias ha de incluir al menos dos características: prestación pronta y competencia en el manejo. A ello tiene perfecto derecho el paciente, que no pocas veces ha de consumir tiempo y angustia derivada de la incertidumbre antes de ser visitado... con apresuramiento y a veces sin demasiadas contemplaciones.

También es derecho del paciente el no ser derivado a otra institución sanitaria sin su consentimiento, recibiendo en el lugar al que acudió en primera instancia todo el tratamiento posible. En todo caso, no cabe el traslado propuesto hasta que la situación del enfermo se haga razonablemente estable; la transferencia del paciente será decidida en interés del enfermo, que de este modo podrá recibir cuidados de elevada calidad y sofisticación. En último término, si el paciente no está de acuerdo con ese traslado, no podrá ser llevado a efecto (3).

5.º Otros derechos del paciente

Recordaremos resumidamente:

- El derecho del enfermo a la compañía de familiares y amigos. Ha de contar con un horario razonable de visitas, posibilidad de estancia de los padres junto a sus hijos pequeños, y factibilidad de que un familiar pueda permanecer las 24 horas al lado del paciente. Familiares o relativos próximos podrían además estar presentes durante las consultas médicas, exploraciones e incluso durante la inducción anestésica (con las debidas precauciones de manera que no se quiebre el aislamiento y esterilidad).
- Es también reclamable por parte del paciente una estancia en el hospital suficientemente acomodada, sin interferencias por la proximidad de pacientes terminales, o distorsiones en su descanso condicionadas por visitas, etc. La habitación individual en nuestros hospitales terminará por imponerse, más allá de consideraciones estructurales dictadas por el economicismo.
- El paciente también tiene derecho a recibir asistencia legal por un abogado, que

le permita defender sus posibilidades cuando las consideres lesionadas; un abogado que, obviamente, sea independiente de los intereses del centro en que se encuentra ingresado (6).

• Los derechos del paciente también conciernen a otros tópicos que por su importancia y su no habitualidad desbordan los límites de este trabajo. Ese es el caso de las experiencias médicas en el humano y los preceptos legales en punto a trasplantes.

* * *

He aquí, resumidamente, algunas muestras de lo que puede entenderse como «Código de Derechos del Paciente», basado en el principio de autonomía de éste y en su participación en las decisiones, lo que por una parte nos parece de todo punto lógico y por otra no susceptible de procurar fracturas en las relaciones médico-paciente, necesariamente cordiales si han de resultar fructíferas (7). ◀

J. Sillero E. Cañete, *Medicina Interna*

Referencias bibliográficas

1. ANNAS, GJ.: *The rights of patients*. 2.^a ed. Carbondale: Southern Illinois. University Press, 1989.
2. PACHO JIMÉNEZ, E.: «Consentimiento informado. El problema de la información», *An. Med. Int.*, XXII Congreso de la SEMI. 15:64-66.
3. ANNAS, GJ.: «A national bill of patients rights», *N. Engl. J. Med.*, 1998. 338:695-699.
4. RODWIN, MA.: *Medicine, money and morals: physician's conflicts of interest*. New York. Oxford University Press, 1993.
5. SILLERO E. DE CAÑETE, JM.: «Suicidio asistido por un médico», *Sem. Méd.*, 1998. 50:3.
6. ANNAS, GJ., y HEALEY, J.: «The patient rights advocate: redefining the doctor-patient relationship in the hospital setting», *Vanderbilt. Law Rev.*, 1974. 24:243-269.
7. PEAR, R.: «Panel of experts urges broadening of patients rights», *New York Times*, october-23. 1997:A1.