

## **TRABAJO DE BIOÉTICA**

**Tema: LEY DE DERECHOS DE LOS PACIENTES**

**HOSPITAL ARTURO ILLIA ALTA GRACIA**

### **COMITÉ DE BIOÉTICA**

**Beltrán Agustina María- Médica Oncóloga-**

**Corizzo María Celia-Trabajo Social-**

**D Amico Karen-Médica-**

**García Agustín- Médico-**

**Lucero Alicia del Carmen- Lic. Psicopedagoga-**

**Manzanelli Liliana Silvia-Enfermera-**

**Renón Karina Ivanna-Médica-**

**Ostaschinsky Gabriela-Médica-**

**Toranzo Marta Elisa- Lic. Enfermería-**

**Torres Gabriela Andrea- Instrumentadora-**

**Alta Gracia, 27 de noviembre 2013.-**

## **Antecedentes y Elección del tema**

**Los derechos del paciente** no fue la primera opción, de los temas dados por el Comité Central, pero nos entusiasmó y despertó nuestra curiosidad desde la realidad hospitalaria en que estamos diariamente.

La observación y luego, las encuestas, permitieron que viésemos que, no había concordancia entre las declaraciones verbales de muchos profesionales de la salud con su tarea diaria; y que reparáramos en la dolorosa sumisión de los paciente. Estos derechos eran nada más, que una temática de moda.

Pero antes de referirnos a los **derechos del paciente**, creemos necesario hacer conocer que han habido otras leyes, y por ello hacemos mención a los derechos humanos, que las viejas declaraciones y legislaciones, intentaron reconocer y proteger de los mismos.

Derechos de los que todos, somos poseedores por el sólo hecho de ser personas, aunque muchas veces por ignorancia o menosprecio, se hayan originado injusticias.

A partir de otras declaraciones que consagraron la libertad, justicia y seguridad, se afianzaron las bases de estos derechos que vamos a tratar y considerar, y que también, por desconocimiento o desvalorización, originaron actos de barbarie contra los hombres, en tiempos precedentes.

Ya más próximos en el tiempo, con este análisis, podemos ver que en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1978 se nos habla de libertad personal y justicia social.

Todos estos datos vienen a colación, para destacar algunos antecedentes, que conciernen y cimantan nuestro trabajo acerca de la Ley de Derechos de los Pacientes, aunque, lamentablemente repetidas veces hayan quedado en intenciones de buena voluntad. Creemos que tomando como base e estas declaraciones y otros documentos, se puede comenzar a considerar la legislación referida, que se concreta en la Ley Nacional 26.529, que es motivo de nuestro trabajo.

## **Problema:**

Como Comité, comenzamos a preguntarnos: si estas declaraciones existen y son reconocidas por nosotros: ¿Qué pasa en la práctica diaria? ¿Por qué tanta energía gastada en defensas legales? ¿Dónde estamos parados, como Equipo de Salud? ¿Qué eslabón falta en la relación Equipo de Salud / Paciente? ¿Conocen los pacientes sus derechos, y los profesionales de salud, la ley? ¿Cómo fomentar una conciencia bioética en ambos polo de la relación? ¿Cómo se está valorando la dignidad humana en la sociedad hospitalaria? ¿Hasta dónde le sirven estas regulaciones a los pacientes, si no hay justicia y equidad? ¿Si no se lo reconoce como sujeto, persona, individuo dueño de sí mismo... qué sentido tiene la ley?

Estos planteos, nos llevaron a profundizar, analizar y a estudiar nuestras prácticas, y surgió así, el siguiente el problema:

**En el Hospital Arturo U. Illia de Alta Gracia, en los meses de mayo a octubre del 2013, se observó el escaso conocimiento de la Ley de Derechos de los Pacientes y su modificación, por los integrantes del Equipo de Salud, por agentes que se desempeñan dentro del Hospital en Servicios varios y , los pacientes.**

## PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Desde cada una de las Disciplinas y Servicios que conformamos el Comité, se pretendió con este trabajo asumir el tema que figura en la Ley 26529 y su modificación: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, no como un estudio interpretativo o analítico, sino como un abordaje necesario, para dar respuesta a la relación PACIENTE/EQUIPO DE SALUD.

La voz paciente proviene del latín, significa padecer, sufrir.

Como adjetivo: que tiene paciencia.

Encontramos que en el lenguaje común, se llama Paciente a la **persona** enferma que es atendida por un médico.

En medicina y ciencias sociales: es **alguien** que sufre dolor o malestar.

En términos sociológicos y administrativos: es el **sujeto** que recibe los servicios de un médico.

En este trabajo se concibe como **paciente** a la persona que presenta un problema de salud, **y equipo de salud** a cada profesional que se prepara para servir a otro, formado en un itinerario pleno de servicio, efectuado con rigor científico y denodado esfuerzo por brindar respuestas al interrogante con el que el paciente llega a la consulta.

## **Reflexión**

“Una cosa es ser profesional, y otra, ser paciente. No todos los pacientes pueden ser profesionales; pero sí, todos los profesionales, pueden ser pacientes.” Desde la simpleza de esta reflexión, se puede llegar a concretar una elaboración de conciencia profesional y personal, que tenga como objetivo, brindar un servicio acorde a lo que expresa la ley.

La bibliografía en salud, abunda bajo el título histórico de la relación médico /paciente. Y, de este tema hay mucho para hablar aunque ya no se denomine de esta manera, sino de paciente/ equipo de salud.

## **Prólogo**

Dentro de la institución hospitalaria, se ensayaron varios esfuerzos de trabajo y teorización del tema para capacitarnos en cuanto a Derechos de los Pacientes, desde la consideración bioética. Se ha pensado en el paciente ambulatorio, el internado y el paciente crítico. Se realizaron: jornadas de estudio con participación de todos los miembros del Comité, se organizaron encuentros de formación, trayendo invitados de comités hospitalarios o lugares de otros centros de bioética. También, se pensó en hacer encuestas a pacientes, a profesionales, y a otros servicios, en los que se investigó sobre el conocimiento de la ley, el grado de interés en ella, y su factibilidad de aplicación.

## **Justificación**

El presente trabajo se elabora considerando las situaciones bioéticas que surgen a partir de la ley de Derechos de los Pacientes, porque se piensa que hay teorías vacías de contenido, en la salud.

Por eso se ha tomado en cuenta, documentos que hablan de problemas de desigualdad, anonimato, y maltrato. En estos registros, el paciente se ha expresado en frases como: “Ser pacientes es estar en abierta desventaja con respecto de los que están sanos...” “Es estar en desventaja con respecto al que decide tu destino...” “Es el que debe guardar silencio”...”Es el que soporta que te corten, te pinchen y te agredan sin que te pidan permiso...”

Todo esto, permite percibir el sentimiento de indefensión del paciente y la sensación de pérdida de derechos, y el sometimiento a la desigualdad ante hechos graves que ponen al desnudo la deshumanización en **ciertas** prácticas no habladas, que suelen darse, en la relación Equipo de Salud/ Paciente.

Obviamente, no todos los profesionales, olvidan **el servicio** al cual se han consagrado desde el mismo momento en que realizaron su juramento hipocrático.

Pero, se cree que aún, hay que trabajar para lograr cambios, desde el paciente como desde los profesionales. En ambos casos, desde la dignidad de la persona, pensando en ofrecer **mayor calidad de vida**, y llegar a mayor humanización. En síntesis, se desea lograr una concientización plena, de esta histórica relación.

## Objetivos

General: Conocer *los derechos de los pacientes* tanto desde los profesionales como, desde los pacientes.

### Específicos:

Que se conozca el derecho a la asistencia, sin diferencias de ninguna especie.

Que se practique un trato un trato digno y respetuoso.

Que se custodie la intimidad del paciente..

Que se resguarde la confidencialidad del paciente.

Que se reconozca la autonomía.

Que se brinde información suficiente.

Que se realice la interconsulta necesaria.

Que se considere el derecho del paciente a solicitar su historia clínica y a conocerla.

Marco teórico

El tema que se desarrolla bajo el título: **Derechos de los Pacientes**, nos incluye dado que, al plantear la vida del hombre, se lo puede reconocer como actor sano o enfermo.

Al estar sano o gozar de su salud, se reconoce un estado de equilibrio y plenitud. Al hablar de enfermedad, se percibe el otro polo en el que la persona, vive un estado especial, con dificultades y carencias de variada índole.

El encuadre de esta ley, nos presenta en palabras, hechos reconocidos desde el comienzo de la humanidad pero que, hasta la actualidad, no se ha resuelto en la práctica.

En el Hospital, se puede observar que los derechos enunciados, no se cumplen por lo general. Y, si se hiciera un análisis de las causas que provocan este vacío, se puede pensar que el motivo de las mismas, es:

- La rutina puesta de manifiesto por el paso de los años, ejerciendo una función determinada.
- La demanda excesiva que no permite detener la marcha, para personalizar la atención.
- La falta de planificación en la que se contemple esta posibilidad de aplicar la ley.
- La falta de compromiso desde la profesión hacia quienes consagraron su tarea.

Actividades a proponer para concientizar

**Elaboración de encuestas** destinadas a profesionales, a pacientes, y servicios varios que están en contacto del PACIENTE, para obtener su opinión y conocer lo que saben respecto de esta ley.

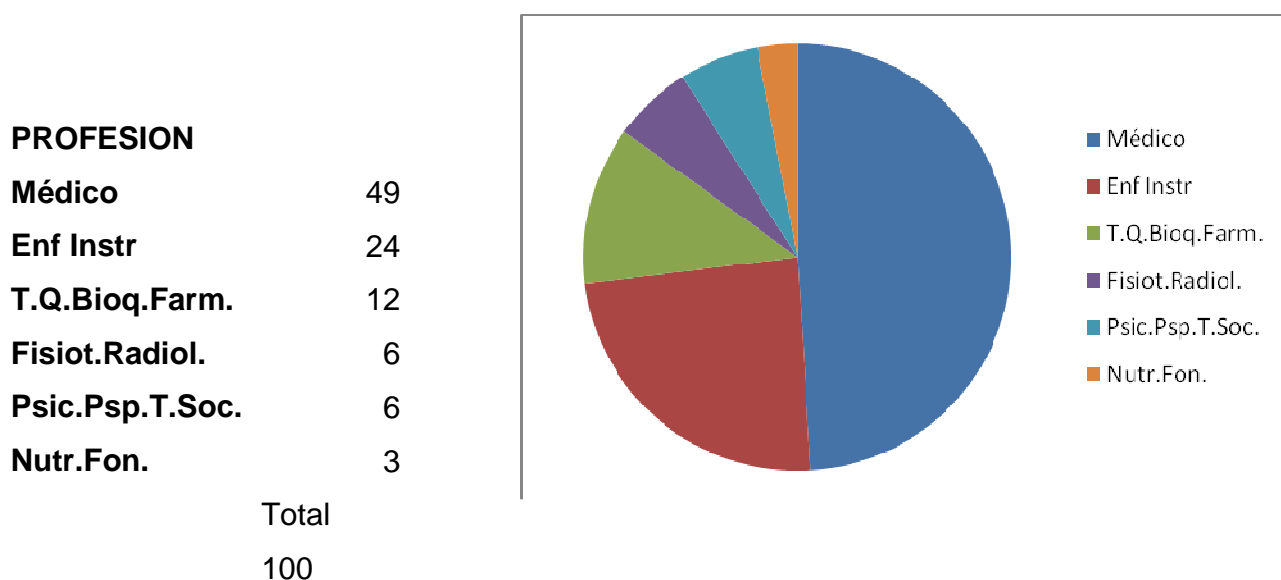
**Actividades docentes** para capacitar al Equipo de Salud de modo individual y grupal dentro de la institución, con la construcción de información pertinente y fundamentación vinculada a pautas bioéticas, que nos inicien en la toma de conciencia y práctica de la ley a ambos lados de la relación. Para ello, se utilizarán los espacios del internado, salón de conferencias y salas de espera.

**Actividades realizadas:**

Se planificaron hacer encuestas a 100 pacientes y 100, a profesionales. Otro número de 50, para servicios varios, que estén en contacto con el paciente. Finalmente se concretaron 90, para PACIENTES; 100, para el EQUIPO DE SALUD y, se incrementaron, dado el interés producido, a 60 las encuestas de servicios varios.

De dichas encuestas al Equipo de Salud, se pudo conocer de manera medianamente cercana, que existe un número importante de los entrevistados, que no conoce la Ley; otro grupo, entre los profesionales que están en contacto con el paciente, que no les preocupa conocerla y, que no le modificaría *su perfil* de trabajo; y un tercer grupo, sensiblemente menor, que refiere, no querer conocerla.

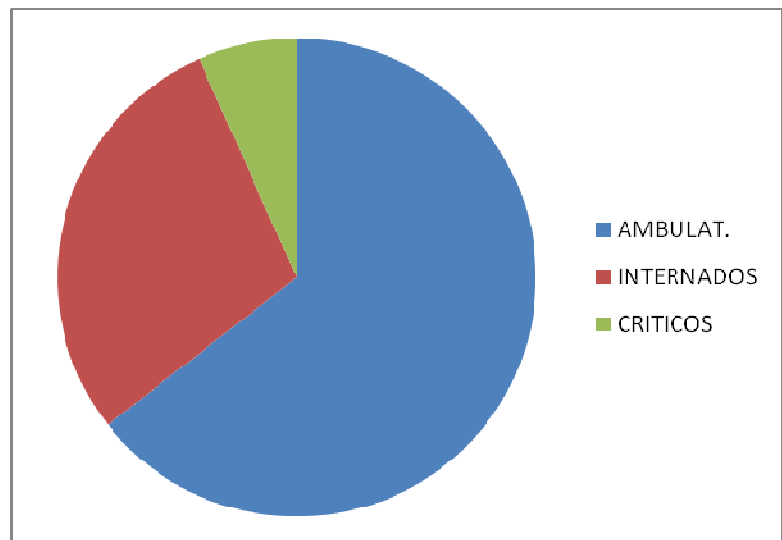
En este contexto, se elaboró un gráfico que registró de las encuestas, la gama de entrevistados en los diferentes ámbitos:



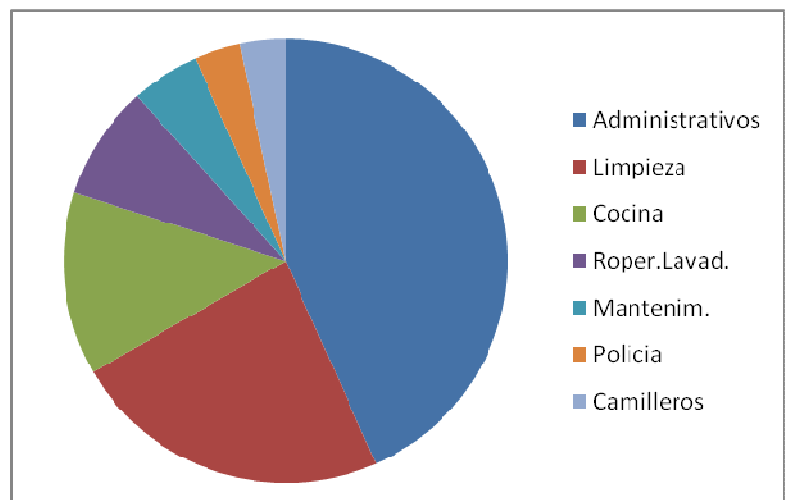
Como puede leerse aquí, la mayoría de los entrevistados, fue médicos; les siguieron enfermeras e instrumentadoras...

En el gráfico siguiente, realizado a pacientes de nuestro Hospital que el polivalente y no es de alta complejidad, se registró a pacientes AMBULATORIOS, a INTERNADOS, y a algunos PACIENTES CRÍTICOS. Se puede ver acá, la colaboración y el trabajo de todos y cada uno de los miembros del COMITÉ.

<b>ENCUESTAS</b>	<b>A</b>	<b>PACIENTES</b>
AMBULAT.		58
INTERNADOS		26
CRITICOS		6
	Total:	90



<b>SERVICIOS</b>	<b>VARIOS</b>
Administrativos	26
Limpieza	14
Cocina	8
Roper.Lavad.	5
Mantenim.	3
Policia	2
Camilleros	2
<b>Total</b>	<b>60</b>





Finalmente, les mostramos, el gráfico obtenido de lo que denominamos SERVICIOS VARIOS. En este registro, cabe aclarar, que se tomó la decisión de integrarlos, al considerar que cada uno de ellos, de alguna manera, se contacta con los pacientes y por ello, se genera una relación necesaria e influyente que no podría dejarse fuera de este trabajo.

-Se pudo ver en todos, que la participación se realizó con agrado e interés, y que el mayor número registrado, proviene del sexo femenino.

#### **E. profesionales E. a Pacientes E. Servicios Varios**

<b>SEXO</b>											
F		M		F		M		F		M	
68	32	65	25	31	29						

También, se realizaron charlas a pacientes, en las que se les explicó el contenido de cada artículo de la Ley, con un lenguaje más sencillo, y cercano al lenguaje no-médico. Al iniciar el discurso, se habló de derechos y obligaciones de la Ley, dado que al realizar las encuestas, algunos profesionales solicitaban no descuidar el tema de las obligaciones. Se destacó la histórica verdad BIOÉTICA, que guía la voluntad de cada profesional del EQUIPO DE SALUD, es decir: consagrarse al primer valor que es el **cuidado de la vida**.

En cada puesta, se pudo constatar la presencia de alrededor de 100 personas aproximadamente. Se percibió que la escucha fue buena, atenta e interesada. Las personas hicieron pocos aportes pese al número de oyentes. De todos modos, solicitaron, con mucha timidez, los folletos que se les ofrecieron.

#### **FOLLETO DE LA LEY DE DERECHOS DE LOS PACIENTES**

La Ley consta de 5 capítulos y 25 artículos

#### **Capítulo 2: Derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones**

**Art.2 a- Asistencia:** El paciente tiene derecho a ser asistido sin distinción alguna, ya sea por raza, edad, sexo, ideología, religión y condición socioeconómica. El profesional podrá eximirse del deber de la asistencia, cuando se hubiere hecho cargo, otro profesional competente.

**b- Trato digno y respetuoso:** para él y sus familiares o acompañantes.

**c-Intimidad:** Toda actividad médico asistencial, debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el resguardo de la intimidad del mismo, y la confidencialidad de sus datos sensibles.

**d –Confidencialidad:** El paciente tiene derecho a que, desde el equipo de salud, se guarde debida reserva de su documentación clínica.

**e- Autonomía de la voluntad:** para aceptar o rechazar determinadas terapias y/o revocar la decisión de su voluntad. (Cambiar la decisión).

**f-Información:** Derecho a recibir información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. Además, incluye el de no recibir dicha información.

g- Interconsulta médica: en búsqueda de una segunda opinión.

## **Capítulo 2 Información sanitaria**

**Art. 3 Información:** Derecho a recibir información de manera clara, suficiente y adecuada a la comprensión del paciente.

**Art. 4 Autorización:** La información sanitaria sólo podrá ser dada a 3º con autorización del paciente. Si el paciente no estuviera incapaz para recibirla, se la dará, a su representante legal o al que se considere con tal derecho

## **Capítulo 3 Del consentimiento informado.**

**Art. 5** C.I. es la declaración de la voluntad del paciente o sus representantes legales, luego de recibir información desde el profesional, con todos los detalles.

**Art.6 Obligatoriedad:** En toda actuación profesional pública o privada debe brindarse, previamente, el consentimiento informado.

**Art.7Instrumentación:** Será verbal el C.I. sólo en : internaciones-intervenciones quirúrgicas-procesos diagnósticos y terapias invasivas-procesos que implican riesgos-revocaciones-

**Art. 8** Se requiere el C.I. cuando se realizaran exposiciones con  **fines académicos.**

**Art. 9 Excepciones del C.I.** Cuando mediare grave peligro, para la salud pública. Cuando mediare una situación de emergencia, y no pudiera sino por medio de sus representantes legales.

**Art.10 Revocabilidad** El paciente o su representante legal puede consentir o rechazar los tratamientos indicados. Se deja constancia en la Historia Clínica.

**Art.11 Directivas anticipadas** Las personas mayores de edad y capaces pueden pedir o rechazar determinados tratamientos médicos. El médico deberá aceptar salvo que se soliciten prácticas eutanásicas-

#### **Capítulo 4:Historia Clínica**

**Art.12 La Historia Clínica es un documento** obligatorio, cronológico, foliado y completo de toda actuación realizada al paciente por el E. de Salud.

**Art. 13:** La H. Clínica puede ser confeccionada en **soporte magnética**, siempre que se asegure su preservación.

**Art. 14: Titularidad.** El paciente es titular y se le debe suministrar copia de la misma, dentro de las 48 horas, salvo casos de emergencia.

**Art. 15: asientos** de una H. Clínica (Textos escritos)Deben tener: fecha de iniciación, datos identificatorios del profesional interviniente, registros claros y precisos; datos genéticos, fisiológicos y patológicos, si los hubiere. Todo acto médico y prescripción de movimientos. Tomar **en cuenta de acuerdo a los modelos de la OMS.**

**Art. 16: Integridad** En la Historia Clínica se asienta todo acto médico.

**Art. 17: Unicidad** La Historia Clínica es única.

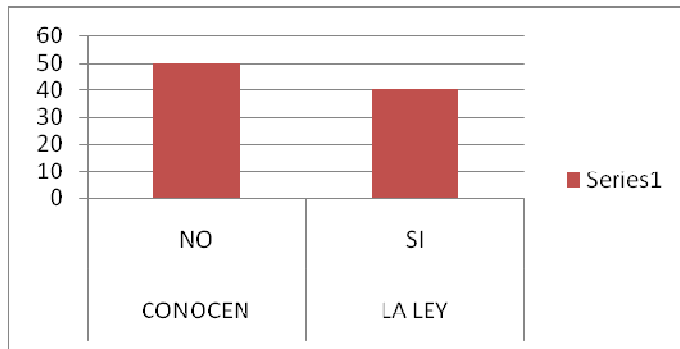
**Art. 19: Legitimización.** Puede solicitar la Historia Clínica: a- El paciente y su representante legal. b- El cónyuge o quien conviva con él.c-Los médicos u otros profesionales.

**Art. 20: Negativa “Habeas data.”** Es el proceso para solicitar con rapidez la Historia Clínica.

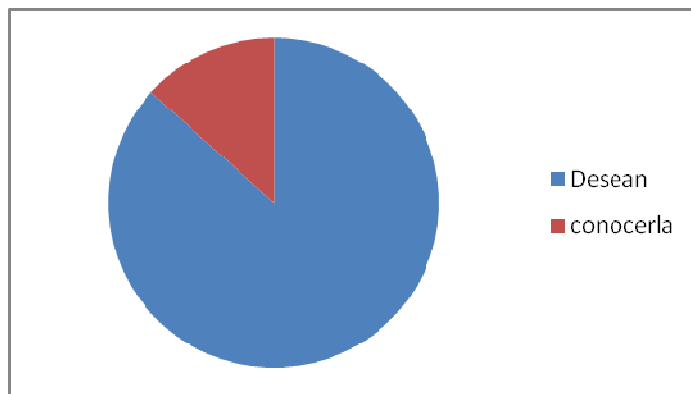
**Art. 21: Sanciones.** Se considera falta grave que puede registrarse en el títuloVIII de la ley 17.132.

#### **Capítulo 5 Disposiciones Generales de la Ley.**

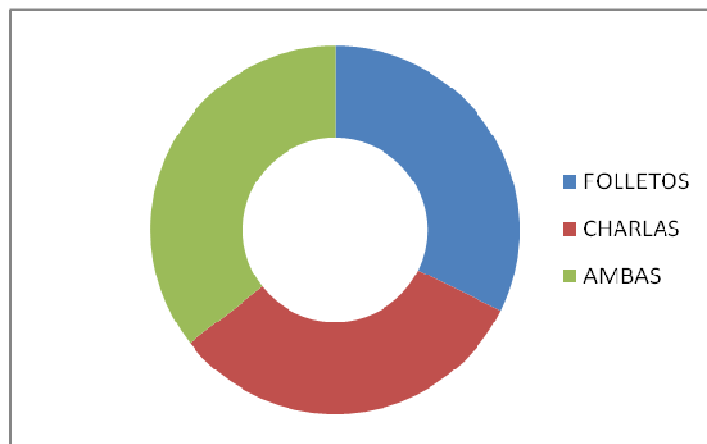
CONOCEN	LA LEY
NO	SI
50	40



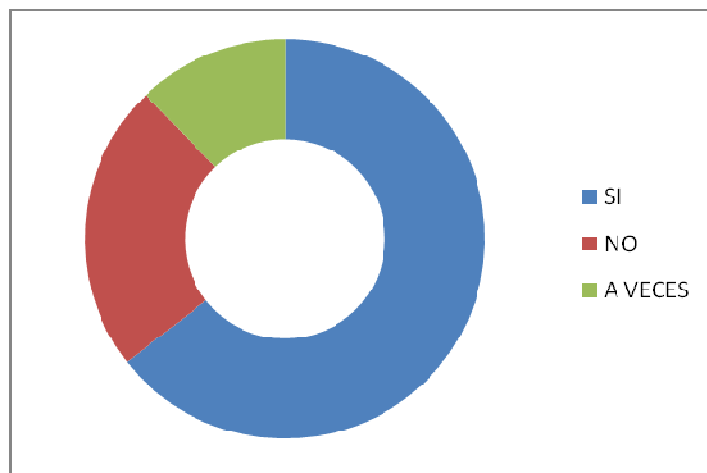
Desean	conocerla
78	12
Total	90



Cómo	
FOLLETOS	29
CHARLAS	29
AMBAS	32
Total	90

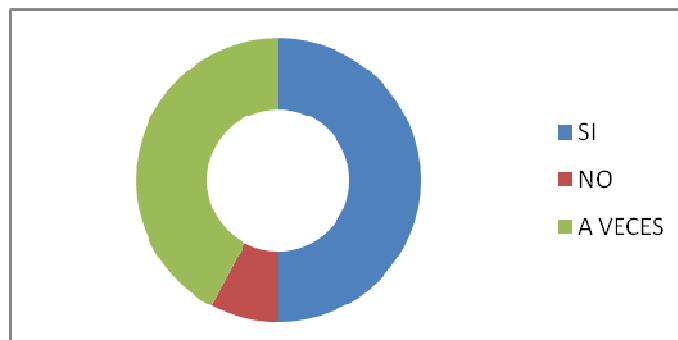


Recibió	Información
SI	58
NO	21
A VECES	11
TOTAL	



**Recibió Tiempo**

SI	45
NO	7
A VECES	38
<b>Total</b>	<b>90</b>



**TOMÓ DECISIONES POR OTRO**

NO	SI
76	14

**Conclusiones:**

-Se logró iniciar el proceso de concientización y conocimiento de los derechos de los pacientes, en nuestro hospital, con el deseo de que se produzcan beneficios y mejore el diálogo entre el afectado y el que ofrece servicios de atención y, se concrete, una información clara, beneficiosa y saludable.

-Se pudo explicar a los pacientes, haciendo uso de un lenguaje más popular, el contenido de cada artículo que se consigna en la ley.

-Se aclararon dudas que surgieron en las charlas.

-Se brindó información mediante folletos, a muchos pacientes que concurrieron a hacerse atender.

-Se informó contenidos de la ley, a la mayoría de las personas que, de uno u otro modo, están en contacto con pacientes, (integrantes de limpieza, cocina, mantenimiento, ropería, administrativos) con el propósito de lograr calidad de atención a los mismos.

-Se difundió la Ley a casi todos los profesionales del Equipo de Salud, para que conozcan su contenido y prevengan dificultades que se originarían por desconocimiento.

-Se intentó llegar con propuestas sencillas, a desmitificar los miedos a juicios de mala praxis y/o, a una medicina defensiva y plena de desconfianzas en la relación E.S/ PACIENTE.

-Se necesitó recordar durante las charlas, a los pacientes que no se olviden que el primer valor bioético en que se apoya el profesional de la salud es el cuidado de la vida.

- Aunque, como cita Eduardo Galeano, en un artículo escrito en la revista La luciérnaga, (Número 191) **Los hechos se burlan de los Derechos, El comité de Bioética, sigue apostando al sueño de que : Se cumplan los Derechos del Paciente**, mediante la distancia cercana de la escucha tolerante y compartida.

### **Bibliografía:**

Basterra, Francisco. Bioética. Biblioteca de teología. San Pablo. 2 ° Edición. 1991.

Beauchamp, Tom. Ética Médica. Editorial Labor, S A.

Brussino, Silvia. Ética de las virtudes y práctica de la medicina. Publicado en Oscar E. Garay: Responsabilidad Profesional de los Médicos. Editorial La Ley, Buenos Aires. 2002

Cortina, Adela. Ética aplicada y democracia radical.

Comité Hospitalario del Hospital de Urgencias de Córdoba. Muerte Digna. Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Derechos del Hombre y del Ciudadano, 1789.

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.

Galeano, Eduardo. Las otras jaulas. Revista la Luciérnaga. N° 191.

Gracia, Diego. Bioética Clínica. Editorial El búho. 1998

Gracia, Diego. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Editorial El búho. 1998

Heimpell Domenech. Ser paciente. VI Conferencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Unidad de Calidad y Regulación. Ministerio de Salud de Chile. Abril de 2000.

Kliksberg, Bernardo. Hacia una economía con rostro humano. Fondo de cultura económica. 2002

Kottow, Miguel. Introducción a la Bioética Bioética Sistemática. Editorial Quirón. La Plata. 1991

Mainetti, José. Bioética Sistemática. Editorial Quirón. La Plata. 1991

Maglio, Francisco. Perspectivas bioéticas. Ética y justicia en la distribución de recursos en salud. Editorial Gedisa. 2002

Pacto de S. José de C. Rica.

Selare. Derechos del enfermo. Bogotá, Colombia. 1991.

Vidal Susana. Introducción a la Bioética.

Tealdi Juan Carlos. Fundamentos de bioética. Método de toma de decisión en Bioética.

.