



Etica

DE LOS CUIDADOS

ISSN: 1988-7973

Números publicados ▼

Búsqueda documentos ▼

REVISIONES



La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario

Beatriz Braña Marcos

Miembro del Grupo promotor del Comité de Ética Asistencial. Unidad y Comisión de Investigación. Unidad de Cuidados Intermedios. Fundación Hospital de Jove. Gijón, Asturias, España

Manuscrito aceptado el 30.6.2009

Etica de los Cuidados 2009 ene-jun; 2(3)

Cómo citar este documento

Braña Marcos, Beatriz. La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario. Etica de los Cuidados. 2009 ene-jun;2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et7069.php>> Consultado el 6 de Junio de 2011

Resumen

Los derechos humanos son un conjunto de derechos "básicos" que facultan a los seres humanos para exigir de los demás su respeto, y del Estado su reconocimiento y la garantía de su cumplimiento. Los derechos de los pacientes son expresión de los valores que conforman los derechos humanos. La legislación ha ido reconociendo la protección de los mismos. Sin embargo, nuestros pacientes hospitalizados se encuentran en una situación de vulnerabilidad en la que, repetidamente, ven perjudicados sus derechos sin que el personal sanitario sea consciente de que lo está haciendo. Desde los Comités de Ética Asistencial debemos buscar soluciones a estas situaciones, realizar formación sobre los derechos fundamentales de los pacientes y trabajar duramente en este terreno hasta que los profesionales asuman e integren, de facto, en su quehacer diario, todos estos conceptos, en cumplimiento de un deber ético, moral, profesional y judicial de respeto a los derechos de los pacientes.

Palabras clave: Derechos humanos, Derechos de los pacientes, Respeto, Dignidad, Intimidad, Información, Vulnerabilidad.

Abstract (Vulnerability of patients' rights in hospital)

Human rights are a bundle of basic rights that allow human beings to demand others respect, and the State recognition and fulfillment guarantee. Patients' rights are an expression of the values that set human rights. It has been recognized the protection by legislation. However, our hospital patients are in a vulnerable situation in which their rights are repeatedly damaged, not being the health care staff aware of that they do so. From Health Care Ethics Committees we must see solutions to these situations, conduct training on the fundamental patients' rights and work hard in this area, until professionals assume and integrate in their daily tasks all these concepts, in pursuance of an ethical, moral, professional and judicial respect duty to patients' rights.

Key-words: Human's rights, Patients' rights, Respect, Dignity, Intimacy, Information, Vulnerability.

Los derechos humanos, también llamados derechos fundamentales, son un conjunto de facultades que poseen todos los individuos por igual. Son derechos "básicos" del hombre, un mínimo indispensable y esencial, que facultan a los seres humanos para exigir de los demás su respeto (la no obstrucción) y del Estado su reconocimiento y la garantía de su ejercicio. Su realización permite conseguir los valores necesarios para el desarrollo integral de la persona.

El respeto por los derechos humanos es una condición básica en la convivencia del ser humano. La libertad de cada uno pasa por el respeto de los derechos del prójimo.

Los Derechos Humanos están llamados a ser el criterio regulador de las nuevas formas de control y de las posibilidades científico-técnicas, propiciando el respeto a la libertad, a la igualdad y la dignidad de todo ser humano.¹ Por ello, los Derechos Humanos constituyen el primer criterio y límite estratégico de cualquier normativa, tanto jurídica como ética. No en vano, son constituyentes como parte esencial en el desarrollo de la Bioética. Bajo su manto de protección quedan amparados valores indispensables como la vida, la integridad, la igualdad, la libertad y la seguridad.

Los derechos de los pacientes son expresión de los valores que conforman los derechos humanos. Sin embargo, durante el ejercicio de nuestra profesión en el medio hospitalario en ocasiones nos "olvidamos" de este respeto a los pacientes, que no son solamente el objeto de nuestro trabajo, sino que mantienen su condición de personas y su dignidad humana. Por otra parte, la fragilidad de las personas que se ven abocadas a una estancia hospitalaria, les hace más vulnerables y, en ocasiones, ve cómo sus derechos no son respetados como se debería.

El progresivo desarrollo de los derechos fundamentales en especial los de la persona individualmente considerada enferma no ha llegado a una extrema singularización en ciertos ámbitos sociales, hablándose de derechos de la mujer, de la infancia de los ancianos y desde luego, del enfermo.² Los derechos del paciente o del enfermo son concreciones de los derechos de personalidad, en lugar de utilizar otro concepto más general o deber genérico de respeto a la persona.

Como recoge en su preámbulo la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002):

"La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales de competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de los derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones".

A lo largo de la historia se han ido configurando las bases de lo que hoy podemos denominar derechos de los pacientes. Existe coincidencia en señalar la aprobación de la Carta de los derechos de los enfermos a finales de la década de los sesenta llevada a cabo por la Asociación Americana de Hospitales como arranque del cambio en la nueva relación médico-paciente. Los movimientos por los derechos de los pacientes en los últimos años han combatido la tradicional práctica médica paternalista. La consecución y realización de tales derechos se ha ido extendiendo progresivamente en distintos países.

La legislación ha ido recogiendo y reconociendo la protección de los mismos, así como las sanciones previstas por su vulneración.³ A nivel español los textos más relevantes donde se recogen los derechos de los pacientes aparecen reflejados en la Tabla 1.³⁻⁶ La misma Constitución Española de 1978 señala, en algunos de sus preceptos, cuestiones relativas a la salud. Incluso los propios códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, al definir las obligaciones de los profesionales, recogen los derechos de los pacientes.³ En materia de investigación no son menos las referencias a los derechos humanos y a los derechos de los pacientes: Declaración de Helsinki, Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y biomedicina, Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación Biomédica.

Toda esta legislación viene a reconocer de uno u otro modo los siguientes como derechos de los pacientes, discerniendo entre los derechos sociales y los derechos individuales de los pacientes. Los primeros hacen referencia a la diversidad de servicios disponibles, igualdad de acceso a la asistencia y a la no discriminación por razones económicas, sociales, culturales, morales, económicas, ideológicas, políticas o religiosas. Los segundos, los individuales, tienen en consideración cuestiones relativas a la integridad y dignidad de la persona y su intimidad:³

1. Derecho a una asistencia de calidad científica y humana.
2. Derecho a recibir una información adecuada, comprensible y veraz.
3. Derecho a la autodeterminación y por lo tanto a aceptar o rechazar tratamientos.
4. Derecho a la confidencialidad de sus datos y al respeto de su intimidad.
5. Derecho a que se les respete su dignidad y se evite el sufrimiento.
6. Derecho a que se les respeten sus convicciones culturales, morales, etc.

Se trata básicamente de proteger a la parte más débil de la relación clínica. Capella habla del «riesgo» que traen consigo esas regulaciones de los derechos, ya que podría parecer que ahora el Derecho garantiza los derechos de la persona en la relación médico-paciente, sin necesidad de preocuparse de nada más, lo que sería un error. En el momento en que la relación médico-paciente se reduce a su dimensión jurídica y pierde su dimensión ética basada en la confianza, se pervierte, reduce buena parte de su eficacia terapéutica y abre la puerta a muchos más abusos.⁶ Un ejemplo de esos abusos es la excesiva burocratización de la relación sanitaria.

Claro está que la garantía de todos estos derechos no es suficiente con la promulgación de las leyes que, en sí mismas, no facilitan su cumplimiento. Es destacable el hecho de que las actualmente vigentes en nuestro país presenten carencias

importantes a este respecto. A saber: no cuentan con mecanismos sancionadores específicos; no prevén mecanismos para que el personal sanitario se forme adecuadamente en el respeto y cumplimiento de estos derechos, ni tampoco en los marcos leg y ético en que deben desarrollar su actividad profesional.⁶ Por otra parte, las administraciones y las instituciones han colaborado activamente poniendo los medios adecuados para que nosotros, los profesionales, podamos garantizar el cumplimiento de los derechos de los pacientes.

De las vulnerabilidades cotidianas

Ahora bien, ¿nosotros los profesionales de la salud velamos siempre por el respeto de los derechos de nuestros pacientes? ¿Realmente estamos cumpliendo lo que la legislación y nuestros códigos éticos profesionales tan claramente nos exigen para el desarrollo de nuestra praxis profesional?

En nuestra opinión, la respuesta a estas cuestiones no es afirmativa al cien por cien. Los pacientes en el medio hospitalario se encuentran en una situación de vulnerabilidad en la que repetidamente ven perjudicados sus derechos sin que el propio personal sanitario sea consciente de que lo está haciendo. Una forma para apreciar la significación de un concepto ético es imaginar las implicaciones de su ausencia. La práctica clínica ha de ser especialmente sensible a estas vulneraciones.⁷

El ejemplo típico es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinada que merece reserva.⁸ Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado. La falta de respeto a la privacidad no sólo se manifiesta desde la invasión del espacio personal, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y respuestas. Abrir la puerta de una habitación sin llamar previamente a la misma es algo que podemos ver a menudo en cualquier unidad de hospitalización. Por otro lado, el abordaje del espacio íntimo del paciente a la hora de los aseos, de dar la medicación, de realizar curas o de recibir la visita médica, debería ir acompañado de la consideración del derecho al respeto de su intimidad entre otros. Por otra parte, no estaría de más una oportuna presentación del personal que realiza tales actividades. Algo tan simple y que no siempre se cumple, posiblemente por la carga de trabajo o quizás por la rutina que supone realizar estas actividades innumerables veces durante cada turno. Algo que a nosotros, como profesionales, nos supondría un mínimo esfuerzo y que nuestros pacientes agradecerían en gran medida.

Debemos tener en cuenta que no todas las estancias en un hospital son iguales ni las características de los pacientes son siempre las mismas. De ahí que en determinadas situaciones sea imposible velar por el cumplimiento de ciertos derechos cuando es la propia vida la que está en juego.⁴ En algunas unidades de reanimación o de cuidados críticos o semicríticos, las camas o boxes se encuentran próximas unas de otras y sin obstáculo que impida que unos pacientes puedan entrever a los otros. Esto responde a la necesidad de que, por su estructura, el personal de enfermería responsable de su vigilancia y cuidados pueda visualizar en todo momento a cada uno de los pacientes dada la especial gravedad de su situación. No obstante lo anterior, ante la realización de aseos y / o cierto tipo de técnicas a los pacientes, se suele disponer de cortinas separadoras a cada lado de la cama, protegiendo con ello su derecho a la intimidad. Sin embargo, cierto es que en situaciones de urgencia vital (parada cardiorrespiratoria u otra situación urgente e inesperada en la que peligre la vida del paciente), se prioriza la atención urgente. Aunque se intenta llevar a cabo de la manera más precoz posible, la bajada de cortinillas separadoras queda relegada a un segundo plano (para cuando la situación lo permite) y, con ello, la intimidad de los pacientes queda momentáneamente "desamparada".⁴ Quizá deberíamos tomar como ejemplo esta situación y plantearnos alternativas de mejora, como una reforma estructural de estas unidades, en pro de mantener el derecho a la intimidad de nuestros pacientes permanentemente.

Igualmente su derecho a la confidencialidad de sus datos y a su intimidad está claramente vulnerado en situaciones en las que los profesionales proporcionan información a familiares en lugares no específicamente destinados a esta actividad (pasillos, por ejemplo) o cuando se produce un intercambio de información entre profesionales sobre pacientes en lugares inapropiados (cafetería, pasillos.). La eliminación de documentación médica con datos identificativos de pacientes en papelera convencional es otro claro ejemplo al respecto, que se solucionaría fácilmente con la dotación de máquinas destructoras de papel por parte de las instituciones y, evidentemente, con la instauración definitiva de la historia clínica electrónica.⁹

En cuanto al derecho a la información, hay que señalar que en gran medida se cumple, aunque ni que decir tiene que ciertos pacientes no se encuentran en situación ni de recibir información ni de tomar decisiones en base a la misma. En estas situaciones, se recurre a la familia como depositaria de la voluntad del enfermo, algo reflejado en las leyes competentes. Aunque no es tarea sencilla, hemos de ser extremadamente prudentes a la hora de valorar las capacidades de los pacientes para tomar decisiones. Además, debemos tener en cuenta que el titular de la información es el paciente y la información a terceros se debe hacer en la medida que éste lo permita.^{9,10} A pesar de lo anterior, no son infrecuentes las situaciones en que un paciente, por tener menos preparación o ciertas limitaciones a la hora de entender la información, sea descartado para recibirla y se recurra a la familia. Esta información debería ser adaptada a la persona receptora de la información, ser más repetitiva y pausada, ya que con un aumento en la dosis de paciencia podríamos hacer entender la información que queremos transmitir al paciente implicado, principal beneficiario (o "sufridor", según se mire) de la situación en que se encuentra.⁴ La formación y el entrenamiento del personal de salud en habilidades de comunicación podrían ser tremendamente útiles.^{6,9} Los profesionales de la salud han de ver estas habilidades como una exigencia básica para proporcionar una atención respetuosa con la dignidad de los pacientes.⁶

Por otra parte, la frecuente entrega de Consentimientos Informados para ser firmados por los pacientes sin recibir información

previa por parte de los profesionales de la salud, carece de toda validez ética y legal.⁴ A lo anterior, podemos añadirle omisión de información al paciente de su derecho a la revocación del consentimiento una vez firmado. Evidentemente, es actitud atenta contra el derecho a la información y contra el principio de autodeterminación del paciente.^{3,5} Este tiene derecho recibir información detallada; información que debe ser asegurada y proporcionada por el personal sanitario.¹¹ Asimismo, es en todo su derecho de, una vez recibida esta información, ejercer su autonomía y aceptar, rechazar o detener cualquier intervención sanitaria.^{3-5,9,11} La correcta utilización del consentimiento informado nos sirve a su vez para mejorar la relación entre los profesionales de la salud y el paciente, permitiéndonos conocer cuáles son sus preferencias y expectativas.

Siguiendo en esta "línea informativa", podríamos añadir la problemática que supone la toma de decisiones al final de la vida. Problemática agudizada en unidades destinadas al paciente crítico, en las que se aplican medidas de soporte vital. En algunas ocasiones hemos visto conductas por parte de ciertos facultativos que hacen peligrar el respeto al principio ético de no maleficencia. Hablamos de situaciones de obstinación terapéutica en las que se mantienen tratamientos fútiles, prolongando el sufrimiento de paciente y familiares, y posponiendo la toma de decisiones (si es que la hay) al último momento, cuando ya es demasiado tarde, cuando la muerte del paciente es ya un hecho inminente. Estas actitudes rozan lo que podríamos denominar "abuso de poder" o "abuso terapéutico" que nos recuerda a las llevadas a cabo durante el ejercicio de la conocida como medicina paternalista. Los derechos a la información, a la autodeterminación, al respeto a su dignidad y evitación del sufrimiento, así como a una asistencia de calidad científica y humana están claramente vulnerados.

En referencia a esto último, ¿realmente todos los profesionales de la salud estamos capacitados para proporcionar una asistencia de calidad entendida esta como basada en la evidencia? ¿Estamos todos familiarizados con estos términos? ¿Todos tenemos a nuestra disposición ordenadores y / o bibliografía en nuestras Unidades o Servicios para la consulta de información sanitaria basada en la evidencia durante el ejercicio de nuestra práctica profesional? En este punto, no sólo es esencial el interés y la preocupación de los profesionales por su propia formación y por la actualización de sus conocimientos. En la mayoría de las propias administraciones e instituciones sanitarias estaría la solución: la dotación de infraestructura informática con conexión a Internet es imprescindible en el ejercicio de nuestra profesión y reconocida como indicador de calidad en algunos de los servicios sanitarios, como pueden ser las unidades destinadas al paciente crítico.

En cuanto al trato igualitario a las personas, cabe hacer referencia a ciertas situaciones discriminatorias que llegan a producirse en algunas ocasiones. Esto puede suceder debido a la estigmatización de ciertos colectivos: personas de otras razas, culturas, religiones, personas drogodependientes, personas con enfermedades mentales, personas que padecen demencias, etc., sufre una clara discriminación en nuestra sociedad.⁴ Esto es algo que podemos ver muy a menudo en los medios e incluso en nuestra vida cotidiana y de lo que no está exento el personal sanitario. Es obvio que, quien tiene este tipo de conductas en su vida cotidiana, no va a dejar de tenerlas en su actividad profesional, sea esta llevada a cabo en una oficina o en un hospital. En este medio, debemos ser más cautos con estas conductas discriminatorias ya que, a pesar de nuestros posibles valores, debemos tener claro que la atención sanitaria ha de ser igual para todas las personas independientemente de raza, grupo social, sexo, religión o situación económica y que se ha de considerar el derecho de nuestros pacientes a que se respeten sus convicciones culturales, morales, políticas, religiosas, etc.^{3,4} Con ello no dejo entrever que en nuestro medio se produzcan auténticas manifestaciones discriminatorias, pero sí que se pueden observar ciertas conductas de desagrado frente a pacientes pertenecientes a aquellos colectivos. Estas situaciones tienen difícil solución en tanto en cuanto la propia persona, profesional de la salud, no sea consciente de la igualdad entre los seres humanos y tenga voluntad por desterrar los mitos que rodean a las personas / colectivos más desfavorecidos.

En definitiva, podemos ver cómo una situación tan frecuente como es la estancia en un hospital, puede suponer la pérdida de ciertos derechos. No obstante, cabe decir que, afortunadamente, cada vez son menos las situaciones que se dan en este sentido. Desde los Comités de Ética Asistencial y/o sus grupos promotores, podemos y debemos buscar soluciones a todas estas situaciones planteadas. Tal vez, realizar formación sobre los derechos fundamentales de los pacientes y el respeto a su dignidad como personas, podría contribuir a que el personal sanitario de los centros hospitalarios tome conciencia de esta problemática.⁵ Debemos trabajar duramente en este terreno hasta que los profesionales sanitarios asuman todos estos conceptos y los integren, de facto, en su quehacer diario, en cumplimiento de un deber ético, moral, profesional y legal con respecto a los derechos de los pacientes. Quizás, el primer paso consista en conseguir que el personal de la salud se ponga "del otro lado" y reflexione sobre cómo le gustaría ser tratado.

Referencias bibliográficas

1. Casado, M. Los derechos humanos como marco para el Bioderecho y la Bioética. En Romeo Casabona, Carlos (coord) Derecho Biomédico y bioética. Granada; Editorial Comares: 1998.
2. De las Heras García, MA. Estatuto ético-jurídico de la profesión médica. Madrid; Editorial Dykison: 2005.
3. Casares Fernández-Alves M. Derechos de los pacientes. Bip. 2001;27:28-35.
4. Figueras- Sabater R. Derechos de los pacientes y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(6):318-26.
5. Hernando P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(6):353-6.
6. Bellver Capella, V. Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. Cuad. Bioét. XV 2006/1ª:11-25.
7. Vecillas Sevilla, MTJ. La dignidad en los cuidados de salud. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php> [Consultado el 23 de Julio de 2009].
8. Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. Violencia hospitalaria en pacientes. Cienc. enferm. [revista en internet]. 2003 Jun; 9(1):14. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002&lng=es [Consultado el 2 de Julio de 2009].
9. Júdez Gutierrez J, Nicolás P et al. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Me

Clin. 2002;118(1):18-37.

10. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ et al. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin. 2001;11(11):419-26.

11. Simón Lorda P, Júdez Gutierrez J. Consentimiento Informado. Med Clin. 2001;117(3):99-106.

Anexo

Tabla 1: Legislación vigente en materia de Derechos de los pacientes.

1848	Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas.
1979	Ley Orgánica 1/1979 General Penitenciaria.
1980	Ley Orgánica 7/1980 de Libertad Religiosa.
1982	Ley Orgánica 1/1982, de 5 de Mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y a la Propia Imagen.
1986	Ley Orgánica 3/1986 General de Sanidad.
1986	Ley Orgánica 3/1986 de medidas especiales en materia de salud pública.
1995	Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal.
1995	Declaración sobre los derechos de los pacientes de la Asociación Médica Mundial (Lisboa).
1997	Convenio Europeo relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Oviedo).
1997	Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del Consejo de Europa (Asturias).
1999	Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de Carácter personal.
2002	Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002), de 14 de Noviembre.



[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

| [Menú principal](#) | [Qué es](#) | [Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#)
[Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [quid-INNOVA](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304

