



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS  
CARRERA DE DERECHO**



*Acreditada por Resolución CEUB No. 1126/02*

## **MONOGRAFÍA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN DERECHO**

**“NECESIDAD DE MODIFICAR EL ART. 13 DE LA LEY NO. 3131 DEL  
EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO DONDE EL PACIENTE TENGA  
DERECHO AL ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN Y A UNA COPIA DE SU  
EXPEDIENTE MÉDICO PARA DISMINUIR EL PROBLEMA DE  
LA MALA PRÁCTICA MÉDICA”**

**INSTITUCIÓN : MINISTERIO DE JUSTICIA**

**POSTULANTE : UNIV. WILBERT DAVID ERGUETA MACHACA**

La Paz – Bolivia  
2011



Universidad Mayor de San Andrés  
Facultad de Derecho y Ciencias políticas  
Carrera de Derecho

*Wilbert David Erqueta Machaca*

# **ELEMENTOS INTRODUCTORIOS**





### *DEDICATORIA*

*Dedico este trabajo de todo corazón, a mi muy querida y recordada abuelita Martha Machaca Yupanqui (+), a mi mamita Lucia Machaca Machaca (+), a mi papá N. Germán Erqueta López, a mis hermanos Álvaro Luis, Luz Marlene, sobrinita Luzmar Claudia así como a mi compañera Jacqueline, que son luz y razón de mi ser.*



## *AGRADECIMIENTOS*

*De igual forma agradezco a Dios, y las y los participantes de esta investigación, por su apertura confianza y disponibilidad para compartir conmigo su experiencia la cual me permitió crecer como persona, dándome la oportunidad de transformar una investigación académica en una bonita amistad y en especial a mi familia, por siempre apoyarme, por sus enseñanzas, ejemplo de vida, dedicación y amor.*



## PRÓLOGO

*De principio quiero agradecer a Dios, a la Facultad de Derecho que muchos años atrás me ha permitido profesionalizarme y hoy en día con suma satisfacción escribo estas líneas en calidad de prólogo para el postulante al grado académico de licenciado en derecho, que para satisfacción particular mía, es mi primogénito, que hoy en día ha culminado satisfactoriamente sus estudios universitarios en el marco de la ciencia y la tecnología actual, que permite al profesional joven desenvolverse con mayor eficiencia en el servicio a la justicia.*

*No otra cosa significa el hecho de que en los momentos actuales el uso de las nuevas técnicas de información y comunicación permite estar en permanente comunicación ya no solamente de un profesional a otro profesional dentro de un área local sino a nivel internacional de ahí. Que la monografía que estamos prologando tiene la virtud de buscar justicia ante una lacra que se ha hecho cotidiana en nuestro medio, pues romper esa cadena, romper ese búnker médico tiene el mérito de hacer Justicia a favor de los enfermos.*



*Pues seguramente después de que se socialice esta monografía y ojala así sea el enfermo ya no verá al médico como su verdugo pues tendrá la información que el requiera y cuando lo necesite sin que obstrucción alguna, en consecuencia con ello se estará luchando en contra la mala praxis médica.*

*Por ello aplaudo esta iniciativa del postulante al título de Licenciado en Derecho que busca justicia desde su pronta profesionalización y para el que escribe el doble mérito por tratarse de mi primogénito.*

*La Paz, agosto de 2011.*

*Dr. N. Germán Erqueta López*  
*Abogado y Docente Universitario*



## ÍNDICE GENERAL

Portada	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Prólogo	
Índice General	
Introducción.....	1
<b>Diseño O Desarrollo De La Investigación Monográfica</b>	
1. Elección del Tema.....	4
2. Fundamentación o Justificación.....	4
3. Delimitación del Tema de Monografía.....	6
a) Tema.....	6
b) Espacio.....	6
c) Tiempo.....	6
4. Balance de la Cuestión o Marco Teórico.....	7
a) Teórico.....	7
b) Histórico.....	7
c) Conceptual.....	8
d) Jurídico.....	11



5.	Planteamiento del Problema.....	11
6.	Definición de Objetivos.....	11
a)	Objetivo General.....	11
b)	Objetivos Específicos.....	12
7.	Estrategia Metodológica y Técnicas de Investigación.....	12
7.1.	Métodos de Investigación.....	12
7.1.1.	Método de la Investigación retrospectiva.....	12
7.1.2.	Método de Observación.....	13
7.2.	Técnicas de Investigación.....	13
7.2.1.	Técnicas para la obtención de Información Documental.....	13
7.2.1.1.	Ficha Hemerográfica.....	14
7.2.1.2.	Ficha Resumen.....	14
7.2.2.	Técnica de Observación.....	14

## **CAPÍTULO I**

<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....</b>	<b>16</b>
1.1. Antecedentes Históricos.....	16
1.1.1. Médicos, Sacerdotes.....	18
1.1.2. La Edad Media.....	20
1.1.3. Antecedentes en Bolivia.....	21

## **CAPÍTULO II**

<b>DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRAN EL HISTORIAL MÉDICO.....</b>	<b>24</b>
2.1. Definición.....	24
2.2. Responsables de su elaboración.....	26



2.3. Control del Historial Médico.....	26
2.4. Componentes del Historial Médico.....	29

### **CAPÍTULO III**

#### **LA MALA PRÁCTICA MÉDICA.....32**

3.1. Definición.....	32
3.2. Responsabilidad.....	33
3.2.1. Responsabilidad Médica.....	33
3.2.2. Responsabilidad Penal.....	34

### **CAPÍTULO IV**

#### **DE LAS NORMAS JURÍDICAS VULNERADAS.....38**

4.1. Constitución Política del Estado.....	38
4.2. Código de Salud.....	42
4.3. Código de Ética médica.....	43

### **CAPÍTULO V**

#### **PROYECTO DE LEY.....45**

Proyecto de modificación del Art. 13 de la Ley N° 3131 “Ley del Ejercicio Profesional Médico”.....	45
---	----

#### **CONCLUSIONES.....50**

#### **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....51**

#### **ANEXOS**

#### **BIBLIOGRAFÍA**



## **INTRODUCCIÓN**

Lo que se pretende con este trabajo, es buscar una solución al amplio problema de la mala práctica médica en Bolivia, donde el paciente tenga el derecho al acceso a su Historial médico, aunque uno no pueda comprender en la mayoría de los casos con exactitud el contenido de la documentación, pero puede mediante una copia de este documento, valorarlo con algún entendido en la materia y se pueda determinar si el actuar médico fue el acertado o todo lo contrario; así como, si se cumplieron todos los protocolos y principios de atención al paciente.

Por otro lado la modificación al Art. 13 de la Ley 3131 del Ejercicio Médico permitirá al paciente hacer un seguimiento de su padecimiento o si se traslada a otro país puede servirle de antecedente para tratarlo si sobre viniera una recaída, e incluso en el orden genético, en relación a que las personas transmiten la información genética a sus descendientes, también podría servirle como una fuente de información para prevenir que estos no padezcan similar enfermedad.

Además que el derecho a la a la petición y la información, se encuentra dispuesto en nuestra Constitución Política del estado en el



Art. 21.6. Las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la información, interpretarla, analizarla y comunicarla libremente, de manera individual o colectiva, y el Art. 24. Toda persona tiene derecho a la petición de manera individual o colectiva, sea oral o escrita, y a la obtención de respuesta formal y pronta. Para el ejercicio de este derecho no se exigirá más requisito que la identificación del peticionario.

Pero al parecer los profesionales en medicina, no pueden comprender el alcance de la norma citada o no quiere comprender, ya que, cuando cualquier persona de a pie desea poder observar su historial médico, esto le es negado rotundamente, y es imprescindible que esta problemática se extinga, y se permita de manera irrestricta, que el paciente e incluso sus familiares tengan acceso al Historial Médico y a una copia de este, ya sea impreso, fotocopiado o en medio magnético, ya que no se puede objetar este pedido con la idea de que es “confidencial”, porque son sus datos, es su información y tiene todo el derecho de acceder a la misma.



# **DESARROLLO O CUERPO DE LA MONOGRAFÍA**





## **DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA**

### **1. ELECCIÓN DEL TEMA**

“NECESIDAD DE MODIFICAR EL ART. 13 DE LA LEY NO. 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO DONDE EL PACIENTE TENGA DERECHO AL ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN Y A UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO, PARA DISMINUIR EL PROBLEMA DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA”

### **2.- FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN.**

Cuando una persona se interna en alguno de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores: Público, Seguridad Social, Privado sin fines de lucro y Privado con fines de lucro, empieza una vía crucis desde que el personal administrativo, registra sus generales en su expediente clínico y es remitido al médico, él cual después de realizar una valoración, le diagnostica su probable mal y le prescribe unos medicamentos y un tratamiento.

Ahora bien, toda persona quiere y debe estar informado de todas las cosas que realiza o en su caso sufre, tanto a nivel personal, de estudios y/o salud, con referencia a éste último la persona que ha sufrido cualquier percance en su salud, necesita estar informado, sin embargo, los diversos entes de asistencia médica, sistemáticamente



soslayan en dar información, esto resulta peor, cuando ha sufrido una mala praxis médica, y cuando uno reclama al médico y a la institución que lo atendió, se encuentra, ante un muro de lamentos, que no entiende ni encuentra razón, el por qué de esa negativa.

Pero, ¿cómo demostrar? que el trabajo realizado por el médico que trato la enfermedad, produjo no una cura sino todo lo contrario, e incluso el empeoramiento de ese mal, además de producir otros.

En todos estos casos, el documento en cuestión, es el “**expediente médico**” – (Historia Clínica), donde se encuentra o debería encontrarse todo lo referente a la atención médica, valoración, diagnóstico, análisis clínicos, tratamiento y alta del paciente, realizado por todos los profesionales que lo asistieron y atendieron.

Pero, cuando uno desea ver éste documento, con mil pretextos no le permiten observar, menos tener una copia del mismo (que dicho sea de paso, es de sus propios datos), ante la insistencia le indican que ese documento es: “confidencial”, solo es para el personal médico y paramédico, o en su caso, inclusive con alguna grosería, uno le interrogan: ¿Para qué quieres?, ¿Eres Médico?, lo cual resulta un atentado a la dignidad de la persona humana, en este caso a la dignidad del enfermo, que para los médicos, es conocido con el nombre de “**paciente**”.

Por lo expresado, se plantea la NECESIDAD DE MODIFICAR EL ART. 13 DE LA LEY NO. 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO DONDE EL PACIENTE TENGA DERECHO AL ACCESO A



LA DOCUMENTACIÓN Y A UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO PARA DISMINUIR EL PROBLEMA DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA, en esta monografía, es decir, el derecho del paciente al acceso a la documentación mencionada, y tener acceso a una copia del mismo, aspecto que va tener inclusive un logro, la de disminuir la mala práctica médica, que hoy en día se está tornando cotidiano.

### **3. DELIMITACIÓN DEL TEMA DE LA MONOGRAFÍA.**

#### **a) Tema.**

El presente trabajo en cuanto a la temática, se concentrara en el ámbito de la Medicina Legal y el derecho positivo vigente con especial énfasis, en el Art. 13 de la Ley No. 3131 - Del Ejercicio Profesional Medico.

#### **b) Espacio.**

Tomando en cuenta que la Ley no. 3131 Del Ejercicio Profesional Médico tiene por objeto regular el Ejercicio profesional Médico en Bolivia y su ámbito se aplica en el Sistema Nacional de Salud, esta investigación toma como espacio geográfico el territorio boliviano.

#### **c) Tiempo.**

En la siguiente monografía, se tomará en cuenta la información recabada del mes de junio, al mes de agosto del año 2011, considerado como tiempo, para recabar y comprobar, lo formulado en el planteamiento.



## **4. BALANCE DE LA CUESTIÓN O MARCO TEÓRICO**

### **a) Teórico.**

En la realización de esta monografía se tomará la corriente filosófica del Positivismo Jurídico vigente, dentro de la normativa jurídica nacional, que no es sino un sistema filosófico que admite únicamente el método experimental y rechaza toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto, ya que toda ciencia para ser reconocida debe basarse en hechos positivos comprobados por la experiencia y lo que no se funda en esto no es positivo o sea no es científico (FERREIRA, Francisco, Teoría General del Delito, Edit. Temis 1988, Bogota, 1º Edición, Pag. 121).

Acotando a lo mencionado, el docente Dr. Max Mostajo dice lo siguiente “El Derecho es un producto de todas las fuerzas sociales y no meramente de un mandato del Estado, el legislador tiene que tener una amplia comprensión de las fuerzas económicas, sociales y políticas que están detrás de un determinado derecho de nuestra época

### **b) Histórico.**

La ciencia médica nace conjuntamente con el hombre, desde los albores cuando su ejercicio era de carácter no documentado sino más bien una tradición que se transmitía oralmente, de generación en generación.



Posteriormente, la sustentación documental de curaciones se registraban y transmitían por distintos medios, y se escribían en diferentes soportes materiales tales como: piedra, papiro, arcilla, pergaminos, pinturas rupestres, etc.

Como precedente del expediente clínico, se tiene al Código Hamurabi, según el cual, si el curador de sus pacientes tenía éxito en su labor era acreedor de 10 ciclos de plata, pero, de fracasar o morir el enfermo se le castigaba cortándosele las manos por las muñecas, estos primeros escritos sobre operaciones realizadas en los huesos, ojos y otras se encuentran referidas leyes del Rey Hamurabi.

En el actual estado plurinacional de Bolivia, dentro de las primeras disposiciones legales se tiene al decreto de 9 de febrero de 1828 suscrito en la ciudad de Sucre por el Mariscal Sucre, donde se clasificaba y juzgaba los delitos profesionales por malicia, negligencia, descuido o imprudencia en la práctica médica.

Posteriormente en la Constitución del año de 1936, aparecen los primeros derechos a la salud y además, como debe manejarse los documentos médico-clínicos.

Con la evolución humana se crean la responsabilidad a partir de la teoría finalista (Acción humana: es ejercicio de la actividad final. La finalidad o el carácter final de la acción, se basa en que el hombre puede prever las consecuencias posibles de su acción), de la acción, especialmente después de la segunda guerra mundial los llamados Derechos Humanos de Segunda Generación. Peor en este nuevo



estado, se sigue viendo de manifiesto, que la inexistencia de verdaderas normativas que sean aplicables y tipifiquen cuales son los factores que inciden en el inadecuado manejo del Historial Clínico, y no considerándosele como víctima en el orden penal, cuando por errores producto de una mala práctica médica sufre alguna consecuencia.

### **c) Conceptual.**

**Salud.-** La O.M.S. primera conferencia mundial de salud celebrada en Estados Unidos de 1988 donde se la define como “un estado de bienestar físico mental completo, no simplemente la ausencia de enfermedad”.

**Expediente clínico.-** Son el conjunto de documentos escritos e iconográficos, generados durante cada proceso asistencial en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización de los entes gestores. Constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso, que surjan por fuerza del proceso asistencial. La Historia clínica, es el conjunto de documentos escritos e iconográficos, generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida.

**Jurídicamente.-** Es un documento médico legal que acredita y exterioriza la existencia de la relación jurídica médico paciente.

**Procesalmente.-** Por medio del Expediente Clínico, se constituye, en medio de prueba donde se puede demostrar si hubo o no mala práctica médica.



**Mala práctica médica.-** Se define como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad, por parte del médico o de otro profesional, que tuvo que ver directa o indirectamente con el paciente, causándole daños a su salud. La acepción común a nivel internacional, por práctica médica deficiente, es la negligencia médica profesional en el cual van incluidos todos los actos de omisión cometidos por el médico que se aleja de la práctica clínica más aceptada.

**Acto Médico:** Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

**Médico General:** Profesional médico que habiendo realizado estudios superiores en universidades legalmente reconocidas, cuenta con Diploma Académico y TÍTULO en Provisión Nacional, expedidos por autoridades competentes.

**Secreto Médico:** Toda información identificada durante el acto médico sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, su tratamiento y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, inclusive después de su muerte, para salvaguarda de la dignidad del paciente.

**Trabajo Dirigido.** Proceso de práctica profesional, mediante el cual, el estudiante interviene en la identificación, análisis y solución de un problema concreto en el seno de una organización específica y en el área de su profesión. Tiene por objeto acercar al estudiante a los



problemas prácticos del mundo laboral y se instituye como una modalidad para acceder al título en licenciatura.

**Víctima.** Persona que sufre violencia injusta en su persona o ataque a sus derechos. El sujeto pasivo del delito y de la persecución indebida.

#### **d) Jurídico.**

- (1) Constitución Política del Estado.
- (2) Ley no. 3131 Ley de 8 de agosto de 2005, Del Ejercicio Profesional Médico.
- (3) Ley 15629 de 18 de julio de 1978 Código De Salud.
- (4) Ley nº 728 de 4 de agosto de 1993, Código De Ética Médica.
- (5) Decreto Supremo N° 28562 de 22 de diciembre de 2005 años.

### **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿En qué medida será necesario jurídicamente modificar la ley del Ejercicio médico sobre el derecho del paciente al acceso a su historial médico y a una copia de este, para disminuir el problema de la mala práctica médica?

### **6. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.**

#### **a) Objetivo General.**

Establecer la necesidad jurídica de modificar el Art. 13 de la ley 3131 del Ejercicio médico, donde ese derecho brinde mayor seguridad



jurídica para que el documento final sea usado como prueba pre constituida en casos de mala práctica médica.

## **b) Objetivos Específicos**

1. Demostrar cómo esta modificación al Art. 13 de la Ley 3131 del Ejercicio médico, el contenido registrado brinde mayor seguridad jurídica para el paciente.
2. Describir como se produce el error médico en el sistema actual él no acceso al Historial médico del paciente.
3. Justiciar porque existe la necesidad de jurídica de una modificación al Art. 13 de de la Ley 3131 del Ejercicio médico.

## **7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.**

### **7.1.-Métodos de Investigación.**

#### **7.1.1.- Método de la investigación retrospectiva**

La principal condición para esta investigación, que estos hechos continúen desarrollándose con el mismo comportamiento en el presente y futuro. Primero el hecho estudiado (Que el paciente no tiene acceso a su historial médico), se ha presentado con anterioridad al diseño del trabajo, pero estos hechos continúan desarrollándose en el presente y se presentaran en el futuro.



### **7.1.2.- Método de Observación.**

Es el procedimiento de la investigación que consiste en un proceso deliberado de percepción dirigida a obtener informaciones sobre objetos y fenómenos de la realidad jurídica, por medio de un esquema conceptual previo y con base en ciertos propósitos definidos generalmente por una conjetura que se quiere investigar, constituye la forma más elemental del conocimiento científico, y se encuentra en la base de los demás métodos empíricos. Como procedimiento intencionado, selectivo e interpretativo de la realidad, que busca asimilar y explicar los fenómenos perceptibles del mundo real. Puede ser simple o sistemática, participante o no participante.

### **7.2.- Técnicas de Investigación.**

Se refieren a los diferentes tipos de actuaciones, pericia o habilidad del investigador, para ejecutar, conseguir conocimiento, utilizando instrumentos sistemáticamente organizadas y estructuradas, para garantizar el éxito en la obtención de la información, controlando el error, costo, tiempo y actualidad.

#### **7.2.1. Técnicas para la obtención de información Documental.**

Se apoyan en aquellos, que el ser humano ha dejado huellas, como los documentos escritos, audiográficos, videográficos, iconográficos, que se recogen en las fichas bibliográficas.



### **7.2.1.1. Ficha Hemerográfica.**

Sirve para identificar y registrar datos de artículos que aparecen en los diferentes periódicos, revistas u otro tipo de publicaciones periódicas.

### **7.2.1.2. Ficha Resumen.**

Sirve para recoger información resumida o transcripción textual de ideas más importantes y relevantes extraídas de un texto teórico o expositivo extenso. Son elaboradas durante la lectura, respetando los conceptos y opiniones del autor. Puede elaborarse en las siguientes formas y maneras: resúmenes o párrafos, esquemas mediante frases y oraciones, en cuadros sinópticos a través de las palabras sueltas.

### **7.2.2. Técnica de Observación.**

Se utiliza para descubrir individualizadamente los fenómenos, es un proceso mediante el cual se busca conocer, descubrir y clasificar de manera sistemática a los fenómenos de la naturaleza, de la realidad socio económica, para lo cual, el observador debe tener clara conciencia de aquello que desea observar. Esta observación puede ser: estructurada, sistemática o no estructurada, participante o no participante, individual o en grupo, directa o en gabinete, abierta o encubierta.



# ***CAPÍTULO I***





## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

### **1.1 Antecedentes Históricos.**

La ciencia médica nace conjuntamente con el hombre, desde los albores cuando su ejercicio era de carácter no documentado sino más bien una tradición que se transmitía oralmente de generación en generación.

Posteriormente la sustentación documental de curaciones se registraban y transmitían por distintos medios, y se escribían en diferentes soportes materiales tales como: piedra, papiro, arcilla, pergaminos, pinturas rupestres, etc.

Como precedente del expediente clínico se tiene en ASIRIA y BABILONIA, el Código de Hamurabi (1700 a.C.), donde se señala la Jurisprudencia médica, civil y criminal, así como los castigos que se aplicaban por actos de negligencia e incluso hasta se mutilaban las manos al responsable, según el cual si el curador de sus pacientes tenía éxito en su labor era acreedor de 10 ciclos de plata, pero de fracasar o morir el enfermo se le castigaba cortándosele las manos por las muñecas.

En EGIPTO la Piedra de Rosetta, describe técnicas y métodos en la preparación médica. Había la Casa de los muertos (lugar de embalsamamiento), Así como de las normas de las conductas



profesionales médicas y castigo para los que no cumplían, las disposiciones dadas. El primer experto en la materia fue IMHOTEP, (3000 a.C.), alta autoridad judicial del Rey Zoser y arquitecto de la gran pirámide. Los papiros de Ebers (1500 a.C.), muestran culto a los muertos y prácticas de conservación. El papiro de Edwin Smith, registra la asistencia a los heridos y normas en el ejercicio profesional. El papiro de Ka, observa la educación higiénica, la puericultura y sanciones aplicadas contra el aborto procurado.

Los HEBREOS, aportaron la idea de un Dios Único, en su origen divino, las enfermedades, son un justo castigo para las culpas del hombre. En un principio místico se practicaban circuncisiones, cesáreas y sangrías.

En CHINA se permitía el uso del opio, como recurso terapéutico. Se castraba a los niños para cumplir con determinados ritos religiosos. Los médicos practicaban la acupuntura, que consiste en la punción con agujas de diferentes metales y en diversas partes del cuerpo humano (periodo del emperador Shen-Nung 2800 a.C.)

En la INDIA, Suscruta, inició la enseñanza de la medicina y de la cirugía. Se administraba licor como anestesia. Los discípulos debían renunciar a los placeres carnales, a la ira, la crueldad, la avaricia, la ignorancia, la pereza, la envidia, el orgullo, la venganza, etcétera. La primera labor del médico, respecto al paciente, debería ser el procurar la consolación. Deberían abstenerse de atender a una señora, sin la presencia del marido.



También el código de Manú (100 a 50 a.C.) se refería a las reglas higiénicas, relaciones sexuales, honorarios de servicio, días especiales de la mujer (menstruación), se permitía y obligaba al aborto en el embarazo de nobles con plebeyos.

En GRECIA, Hipócrates, instituyó por primera vez la historia clínica del paciente, describió las fases de agonía, conjunto y dio a conocer los principios del actuar médico, conocido como código ético o “juramento Hipocrático” que son normas para orientar el buen desempeño profesional médico. Galeno, desarrollo el máximo de su saber y habilidades en Roma. Aristóteles, afirmaba que las cosas se entienden mejor cuando se conoce su historia.

En ROMA, cultura clásica que se ha destacado por los avances de su época, con el diseño de las leyes y aplicación del derecho, así como la regulación en la práctica médica. Numa Pompilio, indicó el examen médico para las mujeres que se morían embarazadas. El propio emperador romano promulgó la “Ley Aquilia”, esta fija responsabilidad a los médicos, con negligencia profesional y se les imponía un castigo ejemplar por sus acciones. La “Ley Cornelia”, prohibía el aborto, se ejercía un registro y la vigilancia sanitaria de las prostitutas.

### **1.1.1 MÉDICOS, SACERDOTES.**

Los hechiceros, magos, sacerdotes o curanderos primitivos constituyen la clase profesional más antigua en la evolución de la sociedad. En la pared de la caverna de *TROIS FRÈRES*, en los



Pirineos, existe un dibujo que es probablemente el retrato más antiguo de "un médico", o mejor de un curandero o mago. Envuelto en pieles de animal con ornamentas, parece en extraño al "brujo- doctor" africano de épocas recientes. Miembro de la raza *auriñanse* que vivió unos 15.000 años A.C.

Piedras y objetos de pedernal hallados y descritos como instrumentos del Hombre prehistórico pueden bien haberse empleado como instrumentos quirúrgicos.

Los huesos de la edad paleolítica y neolítica muestran señales claras de artritis reumática, tuberculosis y tumores óseos.

La enfermedad es más antigua que el hombre como lo demostró el Dr. Moodie con su descubrimiento de un tumor en vértebras de un dinosaurio (edad del ejemplar millones de años).

El mal, y por extensión la enfermedad indujo desde sus orígenes a que le religión, la magia y la medicina mantuvieran entre si una ambigua relación que se ha mantenido incluso hasta nuestros días, el llamado "mago – curandero", "brujo – médico", u "hombre – medicina", cuya función se conjuga entre el sacerdote como el confesor, el mago como oráculo y el curandero como el sanador.

El curandero adopta distintos tipos de métodos y terapias, tales como la succión, utiliza lancetas de piedra, hueso o metal para hacer sangrías, abrir abscesos y forúnculos o extraer quistes, sabe reducir inflamaciones, usa emplastos emolientes y cicatrizantes, purgantes, enemas e incluso una especie de supositorio para el estreñimiento.



### **1.1.2. LA EDAD MEDIA.**

En la EDAD MEDIA, la herencia griega es conservada y transmitida fundamentalmente por la traducción de los árabes, quienes también completan algunos aspectos. Inocencio III, exige a los médicos mediante orden judicial visitar a los heridos de guerra y enfermos.

Para el RENACIMIENTO, Leonardo Da Vince (anatomista-escultor), dibujaba el corazón y sus grandes vasos. Willian Harvey, descubre la circulación sanguínea. Andrés Vesalio, diseccionaba en cadáveres robados de ejecutados (actividad prohibida y penada por la Ley), corrigiendo con estas experiencias a Galeno. Miguel Servet, fue quemado vivo en la hoguera por diseccionar con cadáveres y ser sorprendido. Pablo Zachia, practicó y descubrió las docimasias hidrostáticas pulmonares en la investigación de muertes de los recién nacidos, escribió la obra “Cuestiones Médico-legales”. Ambrosio Pare, nació en 1510, en Laval Francia, se desempeño de “barbier chirugucen” en el hotel Dieu en 1536, y se enroló con el ejercito de Francisco I, lo acompañó en el Piamonte, logrando por méritos propios ser nombrado cirujano en jefe. Con Francisco II, durante la batalla de Turín, substituyo el aceite hirviente por esencia de rosas y yema de huevo para lavar las heridas y favorecer la cicatrización. Enrique II, también le reconoció como cirujano, quién murió en sus manos al ser herido por una lanza en un ojo, siendo juzgado por corte marcial como regicida, pero fue absuelto en base a su calidad humana y científica. Otros méritos de Ambrosio Pare, obtuvo el título de cirujano en jefe de



los ejércitos de Francia con el Rey Carlos IX. Trataba la sífilis con mercurio y ligaba los vasos sanguíneos rotos en lugar de cauterizarlos durante las amputaciones, diciendo la frase “yo los vendo y Dios los cura”. Perfeccionó también algunas técnicas obstétricas y murió en 1590.

### **1.1.3. ANTECEDENTES EN BOLIVIA**

En el actual estado plurinacional de Bolivia, dentro de las primeras disposiciones legales se tiene al decreto de 9 de febrero de 1828 suscrito en la ciudad de Sucre por el Mariscal Sucre, donde se clasificaba y juzgaba los delitos profesionales por malicia, negligencia, descuido o imprudencia en la práctica médica. Y se indicaba que cuando ingrese a algún hospital por herida violenta o airada el facultativo deberá avisar al juez competente de inmediato para que se formalice su investigación y se esclarezca el hecho. También el Dr. José Serrano Ossio argumenta, que en el Código Penal Santa Cruz, de 1834, ya se tipificaba la responsabilidad médica en los delitos contra la salud pública.

Posteriormente en la Constitución del año de 1936, aparecen los primeros derechos a la salud y además, como debe manejarse los documentos médico-clínicos.

Con la evolución humana se crean la responsabilidad a partir de la teoría finalista (Acción humana es ejercicio de la actividad final. La finalidad o el carácter final de la acción se basa en que el hombre puede prever las consecuencias posibles de su acción), de la acción,



especialmente después de la segunda guerra mundial los llamados Derechos Humanos de Segunda Generación. Peor en este nuevo estado se sigue viendo de manifiesto que la inexistencia de verdaderas normativas que sean aplicables y tipifiquen cuales son los factores que inciden en el inadecuado manejo del Historial Clínico, y no considerándosele como víctima en el orden penal cuando por errores producto de una mala práctica médica sufre alguna consecuencia.



# ***CAPÍTULO II***





## **DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRAN EL HISTORIAL MÉDICO.**

### **2.1 DEFINICIÓN**

El historial médico, es el documento operativo en el cual se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud del paciente, es el conjunto de documentos escritos e iconográficos, generados durante cada proceso asistencial en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización. Donde se refleja toda la información relativa al estado de salud, enfermedad, diagnóstico, tratamiento dado al paciente, este es un documento eminentemente técnico, científico, administrativo y principalmente legal. Utilizada para la evaluación de la calidad de los servicios médicos, odontológicos, pediátricos, ginecológicos o de emergencia.

Debiéndose registrar de manera cronológica desde la filiación hasta la terminación con el plan terapéutico y el alta.

Asimismo, el historial médico, es un documento médico legal que exterioriza y acredita la existencia de una relación jurídica Médico paciente, donde se puede demostrar la relación contractual Institucional médica y la civil paciente, pudiendo constituirse en una prueba, para establecer las responsabilidades y sanciones determinadas por ley,



Pero las sanciones, en caso de incumplimiento de deberes queda a cargo del Colegio Médico y las sanciones que emite no son oportunas, es decir, el proceso es moroso y más aun las sanciones que emite, no tiene nada que ver con el hecho cometido, que solamente son amonestaciones y llamadas de atención de carácter verbal, que en la práctica no son efectivas, la suspensión rara vez se da, pues los procesos no concluyen, y los afectados terminan por claudicar en su afán de justicia.

Por otro lado en materia penal, es el Incumplimiento de Deberes, cuando no se cumplen los protocolos, deberes y obligaciones del personal médico y administrativo, delito tipificado y sancionado en el Art. 154 de la Ley 1768 - Código Penal, de 10 de marzo de 1997; y nos señala: “La servidora o el servidor publico que ilegalmente omitiere, rehusare hacer o retardare un acto propio de sus funciones....” Sensiblemente, el incumplimiento del Art. 12. (Deberes del Médico).- de la Ley 3131, es grande, tal como hemos podido evidenciar en el curso de la investigación, pues, ni siquiera su cumple los incisos e) y j) de éste artículo, como es el de: e) Guiarse por protocolos oficiales, cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud. j) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales, señalados en la presente Ley.

Constituyéndose el Historial Médico en un elemento de prueba, en un proceso judicial, para probar, si hubo o no,, mala practica médica. Cuya característica fundamental es que sea autentica, en sus contenidos o sea documentos o copias sean originales.



## **2.2 RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN.**

Los responsable de la elaboración del Historial Médico, va desde el personal administrativo que realiza la filiación del paciente, llenado los datos generales de este, también están las enfermeras, las auxiliares de enfermeras e incluso los pasantes y practicantes de medicina, enfermería y auxiliar de enfermería que abundan en nuestra ciudad y especialmente los Médicos.

Pero, los que normalmente son tomados como responsables son los miembros del equipo médico, ya que son lo habilitados idóneamente para registrar individualmente el historial médico, de acuerdo a su participación en la atención otorgada.

Según el Código de Ética Médica, en su art. 43.1. dice: “compartir la responsabilidad emergente de actuaciones profesionales cumplidas en conjunto, lo que no excluye la responsabilidad particular en el campo de acción de cada uno”.

## **2.3 CONTROL DEL HISTORIAL MÉDICO.**

Según el Decreto Supremo N° 28562, de los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil cinco, en su Art. 15. sobre la canalización de reclamos y denuncias nos dice: “Los Departamentos de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, deben canalizar los



reclamos y denuncias sobre la atención recibida en los hospitales de II y III nivel, mediante la Dirección del Hospital hacia la Autoridad Departamental de Salud a objeto que se realice la auditoría externa correspondiente y el control del historial médico.

Así también, la auditoria médica, es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente, referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud, como lo estipula el Art. 15. de la Ley 3131 del ejercicio Profesional Medico

La auditoria médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y, según corresponda, también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa.

La auditoria médica interna constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoria Médica, bajo supervisión del Departamento o responsable de Gestión de Calidad y Auditoría Médica institucional. En caso que el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, en el proceso rutinario de auditoría interna, encuentre indicios de mala práctica médica, deberá requerir la realización de una auditoría externa a la máxima autoridad departamental de salud. En el primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud), las auditorías internas serán asimiladas a los procesos de auto evaluación mensual,d mediante instrumentos



vigentes emitidos por el Ministerio del área de Salud, como lo estipula el Art. 16. del Decreto Supremo N° 28562 de los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil cinco.

La auditoría médica externa, es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

La Autoridad Departamental de Salud en cumplimiento de la normativa vigente, conformará las Comisiones Departamentales de Auditoría Médica, en un plazo máximo de 48 horas de presentada la solicitud, sin que ello implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN. Si la denuncia de mala práctica médica, involucra al sector de la Seguridad Social, de corto plazo, la Autoridad Departamental de Salud, solicitará la intervención del Instituto Nacional de Seguros de Salud – INASES, para que en uso de sus atribuciones, realice la auditoría médica externa. La auditoría médica interna y la auditoría médica externa, en caso de los sectores Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro, son de competencia de la autoridad de salud departamental como lo estipula el Art. 17. el decreto supremo N° 28562 de los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil cinco.

La auditoría médica, será realizada exclusivamente por profesionales médicos, debidamente acreditados como auditores médicos, por el Ministerio del área de Salud, en coordinación con el



Colegio Médico de Bolivia, con el apoyo de otros profesionales en determinadas circunstancias.

## 2.4 COMPONENTES DEL HISTORIAL MÉDICO.

De acuerdo al Decreto Supremo N° 28562 de veintidós de diciembre del dos mil cinco años, en su Capítulo V, Documentos Médicos Oficiales, Art. 12.- dice el Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial.

La Historia clínica, es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida. Para fines de atención, conciliación, arbitraje, proceso judicial u otros, el expediente clínico se organiza de la siguiente manera:

Durante la Hospitalización:

1. Gráficas de temperatura.
2. Ordenes médicas.
3. Evolución.
4. Informes de Laboratorio.
5. Informe Quirúrgico.
6. Informe de Anestesia.
7. Informe de Anatomía Patológica.
8. Notas de enfermería.
9. Hoja de Medicamentos.



10. Historia y Examen Físico.
11. Epicrisis.
12. Informe de Ingreso y Egreso.

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del Egreso:

1. Informe de ingreso y egreso.
2. Epicrisis.
3. Historia y examen físico.
4. Evolución.
5. Ordenes Médicas.
6. Informes de Laboratorio.
7. Informe de Anestesia.
8. Informe Quirúrgico.
9. Informe de anatomía Patológica.
10. Grafica de temperatura.
11. Medicamentos.
12. Notas de Enfermería.



# CAPÍTULO III





## **LA MALA PRÁCTICA MÉDICA.**

### **3.1 Definición**

La mala práctica médica (mala praxis) se conceptualiza como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte del médico u otro profesional que tuvo que ver directa o indirectamente con el paciente causándole daños en la salud.

El director de INASES indica que “la negligencia es la omisión de la diligencia o cuidado, que debe ponerse en los cuidados médicos en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de documentos médicos es el olvido de normativas médico hospitalarias”.

La Negligencia Médica Profesional es la definición que a nivel internacional de da a todos los actos de omisión cometidos por el médico que se aleja de la práctica clínica más aceptada.

La Historia Médica sirve al profesional en medicina como una de las mejores defensas frente a reclamaciones legales asociadas a mala praxis, empero si la atención hubiera sido excelente pero no fue registrada y menos documentada para el Tribunal se tiene como que “los cuidados no documentados, son cuidados no proporcionados”.

Las normas de diagnóstico y tratamiento médico registrados en el Historial Médico son establecidos por Ley Código de Salud N° 15629, Ley 3131 del Ejercicio Médico el Decreto Supremo N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, Resolución Ministerial N° 290 de 14 de junio de 1999 “Todos los documentos que sirven como sustento legal,



técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas durante el acto médico.

### **3.2 Responsabilidad.**

La responsabilidad es la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente; Obligación de reparar y satisfacer por uno mismo la pérdida causada, el mal inferido o el originado.

Es también la capacidad para aceptar las consecuencias de un acto consiente y voluntario y el deber de sufrir las penas establecidas para los delitos o faltas cometidas por dolo o por culpa.

De borrar la responsabilidad, la convivencia humana retrocedería a las expresiones más crudas del salvajismo y representa al impunitismo frente a las culpas más graves y las mayores perfidias.

#### **3.2.1. Responsabilidad médica.**

En estrados judiciales existe una confusión terminológica entre el acto médico, negligencia y la praxis médica, reduciendo todos los conflictos médicos legales a la denominada y errónea “negligencia médica” ya sea por costumbre, siendo lo correcto investigar cual es el origen del hecho investigado para subsumirlo al tipo concreto.

Cuando se inicia un proceso en los juzgados sobre temas de responsabilidad en el ejercicio médico, se pone en evidencia que magistrados, jueces abogados y litigantes tienen serias dificultades en



determinar y fundamentar una demanda, partiendo del principio que un determinado hecho debe corresponder y encajar en una correcta tipificación penal, esto se debe principalmente en establecer la responsabilidad en el ejercicio médico ya que faltan figuras penales que protejan tanto al paciente como al médico y que tipifique la mala práctica médica en un hecho que tenga como resultado una lesión en la salud del paciente o incluso hasta la muerte; por otro lado la escasa preparación en el tema de medicina legal de los profesionales en derecho, se debe a que no se contempla en la currícula este tema, donde aspectos tales como médico – hospitalarios, o médico legales no se conocen a cabalidad.

Confundir acto médico fallido con la mala praxis médica, descrita así hacen inoperable desde un inicio el juzgamiento al presunto responsable, y la base documental no aclara el hecho y conlleva la absolución del presunto autor del hecho delictuoso.

### **3.2.2. Responsabilidad Penal.**

La responsabilidad penal deriva de una acción (acto humano típico o conducta prevista por la ley como constitutiva de delito) u omisión (Consiste en la omisión de un deber. En la infracción de una Ley preceptiva que manda hacer algo; y en los delitos de comisión por omisión se infringe una Ley prohibitiva por la infracción de un mandato. El ejemplo típico es el delito de omisión de socorro) realizada por una persona dolosamente, cometido con conciencia y voluntad, para ello es suficiente que el autor considere seriamente posible su realización y acepte esta posibilidad, en oposición al culposo cometido por simple



negligencia o imprudencia o sea que no observa el cuidado a que está obligado conforme a las circunstancias y sus condiciones personales y, por ello no toma conciencia de que realiza el tipo legal o tiene como posible la realización del tipo penal y, no obstante esta previsión. lo realiza en la confianza de que evitará el resultado.

De la comisión del delito nacen la acción penal sea pública o privada para la investigación del hecho, su juzgamiento y la imposición de una pena o medida de seguridad y la acción civil para la reparación de los daños y perjuicios emergentes. La acción penal pública será ejercida por la Fiscalía, en todos los delitos perseguibles de oficio, sin perjuicio de la participación de la víctima y el ejercicio de la acción penal pública no se podrá suspender, interrumpir ni hacer cesar, salvo en los casos expresamente previstos por la ley.

En el código penal Ley N° 1768, de 10 de marzo 1997 no existe una tiene tipificación para encarar la problemática planteada, la tipicidad del hecho, la antijuricidad del acto, su culpabilidad y por consiguiente la responsabilidad, solamente encontramos algunos artículos que se refieren a las lesiones que son delitos contra la integridad corporal y la salud cuales son las lesiones Gravísimas, cuando de una lesión resulta una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, o la debilitación permanente de la salud o la pérdida o uso de un sentido, de un miembro o de una función o sino la incapacidad permanente para el trabajo o la que sobrepase de ciento ochenta días o el peligro inminente de perder la vida.



En el caso del delito de Lesiones leves que dice: el que de cualquier modo ocasionare a otro un daño en el cuerpo o en la salud, no comprendido en los casos del artículo anterior, del cual derivare incapacidad para el trabajo de treinta a ciento ochenta días.

En el tema de la muerte del paciente encontramos su tipificación en el Art. 273 sobre la lesión seguida de muerte que dice: El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor, pero que pudo haber sido previsto,

Para el caso de que no se hubiere seguido los protocolos deberes y obligaciones por parte del cuerpo médico, administrativo se podría demandar el incumplimiento de deberes cuando el funcionario público ilegalmente omitiere, rehusare hacer o retardare algún acto propio de su función



# ***CAPÍTULO IV***





## **DE LAS NORMAS JURÍDICAS VULNERADAS.**

### **4.1. Constitución Política del Estado.**

#### **Título II**

#### **Derechos fundamentales y garantías**

#### **Capítulo primero**

#### **Disposiciones generales**

Art. 13.I. Los derechos reconocidos por esta Constitución son inviolables, universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos.

#### **Capítulo segundo**

#### **Derechos fundamentales**

Art. 15.-Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física

Art. 18.-Todas las personas tienen derecho a la salud.

El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.



## **Capítulo tercero**

### **Derechos civiles y políticos**

#### **Sección I**

##### **Derechos civiles**

Art. 21.6.- Las bolivianas y los bolivianos tienen los siguientes derechos: A acceder a la información, interpretarla, analizarla y comunicarla libremente, de manera individual o colectiva.

Ar. 24.- Toda persona tiene derecho a la petición de manera individual o colectiva, sea oral o escrita, y a la obtención de respuesta formal y pronta. Para el ejercicio de este derecho no se exigirá más requisito que la identificación del peticionario.

#### **Sección II**

##### **Derecho a la salud y a la seguridad social**

Art. 35.I.- El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Art. 36.I.- El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.  
II.- El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Art. 37.- El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función



suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Art. 39.I.- El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

## **II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.**

Art. 40.- El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

### **Título III**

#### **Deberes**

Art. 108.- Son deberes de las bolivianas y los bolivianos:

1. Conocer, cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes
2. Conocer, respetar y promover los derechos reconocidos en la Constitución.

### **Título IV**

#### **Garantías jurisdiccionales y acciones de defensa**

##### **Capítulo primero**

#### **Garantías jurisdiccionales**



Art. 109.I. Todos los derechos reconocidos en la Constitución son directamente aplicables y gozan de iguales garantías para su protección.

II. Los derechos y sus garantías sólo podrán ser regulados por la ley.

Art. 110.I. Las personas que vulneren derechos constitucionales quedan sujetas a la jurisdicción y competencia de las autoridades bolivianas.

II. La vulneración de los derechos constitucionales hace responsables a sus autores intelectuales y materiales.

III. Los atentados contra la seguridad personal hacen responsables a sus autores inmediatos, sin que pueda servirles de excusa el haberlos cometido por orden superior.

Art. 113.I. La vulneración de los derechos concede a las víctimas el derecho a la indemnización, reparación y resarcimiento de daños y perjuicios en forma oportuna.

## **Sección v**

### **Acción de cumplimiento**

Art. 134.I. La Acción de Cumplimiento procederá en caso de incumplimiento de disposiciones constitucionales o de la ley por parte de servidores públicos, con el objeto de garantizar la ejecución de la norma omitida.

II. La acción se interpondrá por la persona individual o colectiva afectada, o por otra a su nombre con poder suficiente, ante juez o



tribunal competente, y se tramitará de la misma forma que la Acción de Amparo Constitucional.

III. La resolución final se pronunciará en audiencia pública, inmediatamente recibida la información de la autoridad demandada y, a falta de ésta, lo hará sobre la base de la prueba que ofrezca el demandante. La autoridad judicial examinará los antecedentes y, si encuentra cierta y efectiva la demanda, declarará procedente la acción y ordenará el cumplimiento inmediato del deber omitido.

IV. La decisión se elevará, de oficio, en revisión ante el Tribunal Constitucional Plurinacional en el plazo de las veinticuatro horas siguientes a la emisión del fallo, sin que por ello se suspenda su ejecución.

V. La decisión final que conceda la Acción de Cumplimiento será ejecutada inmediatamente y sin observación. En caso de resistencia, se procederá de acuerdo con lo señalado en la Acción de Libertad. La autoridad judicial que no proceda conforme con lo dispuesto por este artículo quedará sujeta a las sanciones previstas por la ley.

## **4.2. Código de Salud.**

### **Título preliminar**

#### **Disposiciones generales**

Art. 2. La salud es un bien de interés público y corresponde al estado el regular su cumplimiento.



Art. 5. Inc. a) El paciente debe de recibir una atención con calidad eficacia y oportunidad.

Art. 8. El presente código y demás leyes, reglamentos y disposiciones administrativas relativas al a salud son de orden público y en caso de surgir conflictos estos prevalecen sobre otras disposiciones de igual validez formal.

Art. 10. Toda persona natural o jurídica queda sujeta a los mandatos de este código, de sus reglamentos y de las disposiciones generales o particulares que dicte la autoridad de salud.

Art.154. La violación de Código de Salud, de sus reglamentos y demás disposiciones constituye infracción las que serán sancionadas administrativamente por la autoridad de salud, sin perjuicio de las sanciones previstas por el Código Penal.

### **4.3. Código de Ética médica.**

#### **Capítulo 1**

##### **Disposiciones generales**

Art. 1. El ejercicio de la medicina implica un compromiso moral, individual y colectivo de los médicos con los individuos y la sociedad e impone deberes y responsabilidades ineludibles cuya contravención dará lugar a sanciones disciplinarias por parte del Colegio Médico al margen de las penalidades establecidas por las leyes del país.



Art. 2. Las actuaciones profesionales del médico deberán ajustarse fundamentalmente a las siguientes normas.

- a) Respeto a la vida.
- b) Respeto a la personalidad humana.
- c) Reconocimiento de las propias limitaciones.

Art. 3. Dentro de los principios antes enunciados las obligaciones del médico se proyecta en la conducta que deberá observar:

- a) Con los enfermos.
- b) Con la colectividad.
- c) Con sus colegas de profesión.

Art. 8. Corresponde al médico ofrecerle al enfermo, la mejor atención posible con los conocimientos y recursos que el caso aconseje.

Cuando este no esté a su alcance será su deber informar de ello al paciente y recomendarle una solución adecuada solicitando el concurso de otros profesionales o derivándolo al servicio especializado.

Art. 21. La condición de empleado al servicio de una institución pública o privada no exime al médico de ninguno de los deberes y responsabilidades en relación con los enfermos a que se refiere este capítulo.

Art. 43.1. Compartir la responsabilidad emergente de actuaciones profesionales cumplidas en conjunto, lo que no excluye la responsabilidad particular en el campo de acción de cada uno.

Art.43.4 Facilitar informes y documentos que posea sobre un enfermo.



# ***CAPÍTULO V***





## **PROYECTO DE LEY**

### **Proyecto de modificación del Art. 13 de la Ley N° 3131 “Ley del Ejercicio Profesional Médico”.**

**JUAN EVO MORALES AIMA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL  
DE BOLIVIA**

#### **VISTOS Y CONSIDERANDO:**

Qué, la Constitución Política del estado Plurinacional en sus Arts.15., 18., 35., 36., 37., 39., 40, establece que toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física a la salud, garantizando la inclusión y el acceso a la salud, basado en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad concordante con ello, el Código de Salud de Bolivia determina en su Art. 2º que la salud es un bien de interés público, corresponde al Estado Plurinacional velar por la salud del individuo, la familia y la población es su totalidad;

Qué, la Constitución Política del estado Plurinacional en sus Arts. 39., 40, establece que el Estado regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal y que la ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.



Qué, la Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico, indicando los derechos, deberes y obligaciones del médico, principios y definiciones, definiendo claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales.

Qué, la Ley N° 3131 del ejercicio profesional médico, ha declarado expresamente los Derechos y Deberes del Paciente.

Qué, el Decreto Supremo N° 28562 de 22 de octubre de 2005 reglamenta la Ley N° 3131, del Ejercicio Profesional Médico.

**POR TANTO,**

El Sr. Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia en concejo de Ministros.

**DECRETA,**

**ARTÍCULO PRIMERO (Objeto).**- modificar el Art. 13 de la Ley N° 3131 “Ley del Ejercicio profesional Médico” en su Artículo 13. Derechos del Paciente, Capítulo VI, Derechos Y Deberes Del Paciente, incluyendo los incisos n), y el o), con el siguiente texto:



n) El acceso libre e irrestricto a toda la documentación y/o archivo que se encuentre en soporte documental, informático o de otra índole de su Historial Médico.

o) A que se le otorgue las copias de su Historial Médico que sean solicitadas por el paciente o por sus familiares hasta el segundo grado de consanguinidad ya sean en medio impreso, fotomecánico o magnético.

### **ARTÍCULO SEGUNDO (CUMPLIMIENTO).-**

la presente ley, rige a partir de su promulgación en todo el sistema nacional de salud del Estado plurinacional.

Es dado en el palacio de Gobierno de la Ciudad de La Paz, a los veintiséis días del mes de junio de los dos mil once años



# **ELEMENTOS DE CONCLUSIÓN**





## **CONCLUSIONES**

Después de haber efectuado la exposición sobre la problemática de la mala práctica médica y de haberla conformado con el documento en el que se registra el trabajo realizado por el cuerpo médico y su directa relación con la responsabilidad emergente de una mala práctica se llegan a las siguientes conclusiones.

- i. En este nuevo Estado que se quiere crear, es menester que las viejas prácticas sean extirpadas de nuestra sociedad, tal es el caso del acceso a la documentación del Historial médico y a una copia de este ya sea en medio impreso, documental o magnético.
  
- ii. Es cierto que la idiosincrasia de la sociedad tiene como dogma a la labor del cuerpo médico, más aún en la mentalidad del médico, sin embargo esto debe cambiar para bien y en procura de un bienestar del paciente.



## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

Recomiendo que se modifique el artículo 13 de la Ley 3131 “Del Ejercicio profesional Médico” donde se incluyan como derechos del paciente además de los establecidos en la norma el derecho del paciente al acceso a la documentación y a una copia de su Expediente médico.

Sugiero que se debe realizar más investigación al respecto ya que la temática planteada da no solo la posibilidad sino el deber de desenmarañar y desterrar de la norma y sobretodo del pensamiento la idea de que un derecho no se respeta, no se cumplen y solo se encuentra en papel.



## **ANEXOS**

### **Entrevista**

La presente entrevista se realizó en oficinas del Ministerio de Justicia en la gestión del año 2010 en el área de orientación Jurídica de la ciudad de La Paz Av. 16 de Julio (El Prado), sin embargo por razones humanitarias de ética profesional y el derecho a la intimidad se mantendrá el anonimato del usuario:

Se realizó una entrevista a un usuario del Ministerio de Justicia, cuando este solicitaba orientación para solucionar un problema con relación a que un familiar suyo fue atendido en una clínica, pero según él, su familiar no presentaba ninguna mejoría, por lo que solicita al personal médico que se le informara cuál era el padecimiento de su familiar, que tratamiento se le estaba administrando y por qué no había mejoría, a lo que respondieron que no todas las personas responden de la misma forma al tratamiento médico, y que cada paciente es diferente, por lo que pregunto si debería cancelar económicamente por esa labor sin resultados, por lo que contestaron que sus honorarios profesionales son sagrados y obligatorios y que si no desembolsaba ese dinero el paciente no podría salir de la clínica, más aún tomando en cuenta que día tras día la cuenta de atención hospitalaria aumentaba. Motivo por lo que el usuario solicitó que se le permita observar el historial médico de su familiar para que otro profesional médico valorara la labor realizada, solicitud que le fue negada inmediatamente arguyendo supuesta ética médica y confidencialidad profesional, cuando la información que contenía ese historial médico



era de su familiar muy allegado por lo que solicitaba orientación para solucionar ese problema en razón de no saber qué hacer porque su familiar no presentaba mejoría y la cuenta médica aumentaba minuto a minuto.



## JURAMENTO HIPOCRATICO o DECLARACION DE GINEBRA

Cada día son menos los médicos que realizan el tradicional Juramento Hipocrático y, en su lugar, realizan la **Declaración de Ginebra**, siendo esta, una versión realista y actualizada de los deberes morales y éticos del médico hacia el paciente. El hecho de que un médico jure por unos dioses de hace milenios en los que ya nadie cree no es algo que inspire precisamente mucha confianza. Este juramento no es más que la primera declaración ético - moral oficial de compromiso del médico con su paciente; pero las leyes a través del tiempo y de acuerdo a la época van sufriendo transformaciones para adaptarla a los nuevos enfoques; ya que la gran verdad de hoy puede ser la gran mentira del mañana. El Juramento Hipocrático, es un juramento público que pueden pronunciar los que se gradúan en medicina ante los otros médicos y ante la comunidad. Su contenido es de carácter ético, para orientar la práctica de su oficio.

Durante casi dos mil años la medicina occidental y árabe estuvo dominada teóricamente por una tradición que, remontándose al médico griego Hipócrates (s. V a.d.C.), adoptó su forma definitiva de la mano de Galeno, un griego que ejerció la medicina en la Roma imperial en el siglo II. Según la tradición, fue redactado por Hipócrates o un discípulo suyo. Lo cierto es que forma parte del *corpus hipocraticum*, y se piensa que pudo ser obra de los pitagóricos. Según Galeno, Hipócrates creó el juramento cuando empezó a instruir, apartándose de la tradición de los médicos de oficio, a aprendices que no eran de su propia familia. Los escritos de Galeno han sido el fundamento de la instrucción médica y de la práctica del oficio hasta casi el siglo XX. A partir del Renacimiento, época caracterizada por la veneración de la cultura grecolatina, el juramento empezó a usarse en algunas escuelas médicas, y esa costumbre se ha ido ampliando, desde el siglo XIX, en algunos países, y desde la Segunda Guerra Mundial en otros, aunque



es completamente ignorada en muchos. Aun cuando sólo tenga en la actualidad un valor histórico y tradicional, allí donde se pronuncia, el tomarlo es considerado como un rito de pasaje o iniciación después de la graduación, y previo al ingreso a la práctica profesional de la medicina.

En el período Clásico de la civilización griega sobresalió el arte de curar. Aunque seguía contemplando principios religiosos, la curación ya no estaba orientada por la magia, sino por lo clínico. En esa época se escribió el primer escrito ético relacionado con el compromiso que asumía la persona que decidía curar al prójimo; el compromiso del médico era actuar siempre en beneficio del ser humano, y no perjudicarlo.

El contenido del juramento se ha adaptado a menudo a las circunstancias y conceptos éticos dominantes de cada sociedad. El Juramento Hipocrático ha sido actualizado por la *Declaración de Ginebra de 1948*. Esta es un texto alternativo al juramento hipocrático propuesto por la Asamblea General de la *Asociación Médica Mundial* realizada en septiembre de 1948. Toma su nombre de la sede en la que se realizó la reunión, la ciudad de Ginebra, Suiza. El texto tiene como finalidad principal la de crear un nuevo documento que cumpla la función que tuvo el texto hipocrático en el momento de su creación, la de crear una base moral para todos los médicos, sobre todo considerando la experiencia de la II Guerra Mundial. Pese a su pretensión de ser un texto internacionalmente aceptado, lo cierto es que esta Declaración ha tenido relativamente poca repercusión pública. El texto ha sido enmendado en 1986, 1983 y 1994, y revisado en 2005 y 2006.

Pese a que el juramento Hipocrático Original, posee en la actualidad muchos puntos que están desfasados o entran en contradicción con lo que es la medicina moderna, si es cierto, que los puntos clave del



juramento son, sin lugar a dudas, **la búsqueda del beneficio, el bien del enfermo y la preservación de su secreto**. Unos puntos que, por muchos siglos que pasen, jamás quedarán obsoletos.

El Juramento Hipocrático es un documento venerable del patrimonio moral de Occidente, testamento ecuménico y trans histórico de la Antigüedad clásica para la ética médica. El texto original presenta la estructura canónica de un juramento y consta de ocho cláusulas ordenadas en cuatro partes. El noble Juramento es el símbolo paradójico de la ética médica, porque evidencia la separación entre el ser y el deber ser, la realidad y la utopía de la medicina. Pero además contiene un triple mensaje correspondiente a sus tres partes constitutivas, es decir la invocación y demanda en tanto carácter formal de juramento, el llamado pacto o alianza, y el código o deontología profesional.

### **DECLARACIÓN DE GINEBRA (Utilizado en la actualidad)**

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la A.M.M. en Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005, y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2006.

**EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:**

**PROMETO SOLEMNEMENTE** consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

**OTORGAR** a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;



EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente;

VELAR ante todo por la salud de mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;

MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas;

NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza;

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

### **JURAMENTO HIPOCRATICO ORIGINAL (Manuscrito Bizantino del siglo XII)**

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de



mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.



# El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológico

AURORA VALL CASAS, CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ PARADA  
Grupo de investigación DENEAA  
Profesoras de la Facultad de Biblioteconomía i Documentación  
Universitat de Barcelona  
[auroravall@ub.edu](mailto:auroravall@ub.edu), [crodriguezp@ub.edu](mailto:crodriguezp@ub.edu)  
<http://www.ub.edu/bid7>

## Resumen

**Objetivo:** presentar el estado de la cuestión sobre el reconocimiento del ejercicio del derecho a la información de los pacientes en la legislación y en los códigos deontológicos de médicos y bibliotecarios de diversos países de Europa Occidental: Bélgica, Francia, Italia España (y Cataluña), Suiza y Reino Unido.

**Metodología:** identificación, localización y análisis de las leyes y códigos deontológicos actualmente vigentes en relación con el derecho a la información de los pacientes. Se han desestimado cuestiones como el acceso a la historia clínica, las voluntades anticipadas o el consentimiento informado.

**Conclusiones:** es un tema de máxima actualidad. El bibliotecario debe colaborar junto con el personal médicosanitario en el proceso de informar al paciente. La totalidad de normas, leyes y códigos analizados contemplan la garantía de acceso a la información.

## Introducción

La Fundació la Caixa encargó al Grupo de Investigación DENEAA un estado de la cuestión a nivel mundial de experiencias relacionadas con la oferta de servicios educativos y de ocio a los pacientes hospitalizados a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Rodríguez; Vall, 2004). Después, y sobre el mismo ámbito geográfico, analizamos la implicación de la biblioteca pública en la creación, gestión y mantenimiento de estos servicios (Rodríguez; Vall, 2005). Seguidamente estudiamos cómo los pacientes de un hospital ejercen su derecho a la información (Rodríguez; Vall, 2006a) para finalmente reflexionar acerca de la necesidad de crear un espacio propio para este servicio (Rodríguez; Vall, 2006b).

El trabajo desarrollado nos ha llevado a estudiar la manera cómo los pacientes ejercen el derecho a la información sobre la propia enfermedad y el tratamiento a seguir, al margen del acceso a su historia clínica, en diversos países de la Europa Occidental miembros de la Unión Europea (Rodríguez; Vall, 2006c; Vall; Rodríguez, 2008). Creemos que la información es una *conditio sine qua non* para llevar una vida digna porque, como afirma Pierre Guillet: "Los derechos de los enfermos son los [mismos] derechos fundamentales de la persona humana" (Guillet, 2001).



El debate sobre el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información sobre el propio estado de salud y el tratamiento a seguir, se inició a mediados del siglo XX en los Estados Unidos, donde está plenamente consolidado y constituye para el resto de países un ejemplo a seguir. Dicho debate es el resultado de múltiples factores: el aumento de enfermedades crónicas y el progresivo envejecimiento de la población, el interés de los médicos por compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas, así como el incipiente movimiento ciudadano que reclamaba una información de calidad en temas de salud. El trasfondo de todo ello, sin obviar los aspectos éticos que trataremos más adelante, es claramente económico: un paciente informado es un colaborador activo en su proceso de recuperación porque es más responsable con su enfermedad y tratamiento, lo que permite reducir los costes sanitarios de la Administración y de las compañías aseguradoras (Roth, 1978).

A nuestro entender, sin embargo, el ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes se basa en un triple marco fundamental: psicológico, normativo y legal, y ético.

Desde un punto de vista psicológico, la cantidad y la calidad de la información facilitada a los enfermos reduce su angustia, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación gracias a la mayor colaboración mostrada durante el periodo de tratamiento.

Desde un punto de vista legal y normativo, este derecho a la información es recogido por la legislación de la mayoría de los países analizados, y es reconocido por diversos organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Unesco, IFLA) así como por la propia Unión Europea.

Desde un punto de vista ético, los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la información de los pacientes y se consideran los únicos responsables de darla. Por otro lado, los códigos de los bibliotecarios también reconocen como responsabilidad suya responder las necesidades de la sociedad en materia de cultura, información, formación y ocio. El profesional de la información es quién debe, en cumplimiento de sus funciones y en estrecha colaboración con el médico, buscar, seleccionar y difundir la información más adecuada. Desde Europa debemos reconocer la deuda contraída con Estados Unidos en lo que se refiere a la búsqueda de un modelo de trabajo conjunto entre médicos y bibliotecarios.

#### Metodología

Este estudio presenta un estado de la cuestión sobre el reconocimiento del ejercicio del derecho a la información de los pacientes en la legislación de diversos países de la Europa Occidental: Bélgica, Francia, Italia, España (y Cataluña), Suiza y Reino Unido; y en los códigos deontológicos de médicos y bibliotecarios de esos mismos países.

La selección de países se basa en criterios de proximidad geográfica, lingüística, cultural y sociológica. Hemos incluido Cataluña por ser la comunidad a la cual pertenecemos.

El acceso a la documentación consultada (leyes y códigos deontológicos actualmente vigentes) se ha realizado a través de la consulta a asociaciones, instituciones y



organismos redactores (anexo 1). El resultado de la lectura se refleja en una tabla de síntesis que recoge los fragmentos más significativos del asunto estudiado (anexo 2).

Este trabajo se estructura en dos partes: la descripción del estado de la cuestión a partir del triple marco psicológico, normativo y legal, y ético y las conclusiones. El marco psicológico lo utilizaremos como referente explicativo de la situación de los pacientes por lo que se le dará un tratamiento contextual. En cambio, los marcos normativo y legal y ético serán considerados más extensamente.

El derecho a la información: un estado de la cuestión

### Marco psicológico

Desde hace tiempo médicos y psicólogos investigan métodos que mitiguen las repercusiones negativas que sobre los pacientes tiene la enfermedad que padecen. Una de las estrategias más utilizadas habitualmente es la preparación psicológica. Dicha preparación busca conseguir el bienestar del enfermo a través de la información. Diversos estudios muestran, además, que la cantidad y la calidad de la información transmitida a los enfermos y sus familias reduce su ansiedad con lo que, en general, se consigue una mejor y más rápida recuperación así como una mayor colaboración durante el periodo de tratamiento (Ortigosa; Méndez, 2000). Si queremos que esta información sea efectiva y consiga los objetivos previstos no debemos olvidar aspectos tales como el desarrollo cognitivo y emocional, la experiencia vital previa y la actitud que presenta el paciente ante la enfermedad. Sin embargo, y a pesar de las recomendaciones de diferentes sectores implicados, en general, los enfermos suelen carecer de información médica adecuada sobre su enfermedad.

La toma de conciencia de que la información aumenta la calidad de vida y la evolución constante de la medicina, ha llevado a pacientes y familiares a exigir una más completa información sobre su estado de salud con el objetivo de no ver comprometida su dignidad y compartir, si procede, el proceso de toma de decisiones en asuntos que les afectan de forma directa: "El usuario espera ... una información asequible y veraz que le permita afrontar su proceso con dignidad, la eliminación o paliación del dolor y el sufrimiento evitables, la sensación de que cada actuación, cada prueba, cada intervención, son justificables en función de sus propias necesidades y no de cualquier otro factor, ... la garantía de que recibe asistencia en condiciones de equidad y, de manera muy especial, que se respete su derecho a adoptar decisiones acerca de su propia vida, su propio dolor, su propia enfermedad. El paciente quiere, necesita y espera que se le trate como a un enfermo y no como a una enfermedad" (Hernández, 1998).

### 3.2 Marco normativo y legal

#### 3.2.1 Marco normativo

Distinguimos entre el marco normativo de aplicación en el ámbito sanitario (OMS - WHO, Unión Europea) y otro de aplicación bibliotecaria (Unesco, IFLA).

En 1994, la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (WHO/Europe <<http://www.euro.who.int/>>) promulga una *Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa*. Esta declaración busca reafirmar los



derechos humanos fundamentales en la atención sanitaria y promover el respeto del paciente como persona; quiere también reforzar la relación entre el paciente y el profesional de la salud, alentar la participación activa del enfermo en su proceso de curación y humanizar la asistencia que recibe. Sobre ello en el artículo 2 se afirma: "2.2 Los pacientes tienen derecho a ser informados en detalle sobre su estado de salud, incluyendo los datos médicos sobre su estado; sobre los procedimientos médicos propuestos, junto a los riesgos potenciales y beneficios de cada procedimiento; sobre alternativas a los procedimientos propuestos, incluyendo el efecto de no aplicar un tratamiento; y sobre el diagnóstico, pronóstico y progreso del tratamiento... 2.4 La información debe ser comunicada al paciente de forma adecuada a su capacidad de comprensión, minimizando el uso de terminología técnica poco familiar..."

En 1997, el Consejo de Europa aprueba la *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Su objetivo es conseguir la armonización de las leyes de los países miembros que deberán recoger en su cuerpo legislativo los principios expresados, tales como el respeto a la dignidad del ser humano y a los derechos y libertades fundamentales de la persona, incluyéndose entre ellos el derecho a la información de los pacientes: "Article 5. An intervention in the health field may only be carried out after the person concerned has given free and informed consent to it. This person shall beforehand be given appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on its consequences and risks. The person concerned may freely withdraw consent at any time. Article 6. ... an intervention may only be carried out on a person who does not have the capacity to consent, for his or her direct benefit. 2. Where, according to law, a minor does not have the capacity to consent to an intervention, the intervention may only be carried out with the authorisation of his or her representative ... The opinion of the minor shall be taken into consideration as an increasingly determining factor in proportion to his or her age and degree of maturity. 3. Where, according to law, an adult does not have the capacity to consent to an intervention because of a mental disability, a disease or for similar reasons, the intervention may only be carried out with the authorisation of his or her representative ... The individual concerned shall as far as possible take part in the authorisation procedure."

Posteriormente, en el año 2000, la Unión Europea, en su *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea*, incide en el consentimiento libre e informado del enfermo, según las modalidades establecidas por la ley de cada país.

La Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (WHO/Europe), en la *Ottawa Charter for Health Promotion* de 2000 incorpora simultáneamente los conceptos de información a los pacientes y la educación para la salud: "Health promotion supports personal and social development through providing information, education for health and enhancing life skills. By so doing, it increases the options available to people to exercise more control over their own health and over their environments, and to make choices conducive to health."

En la Ottawa Charter se considera que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino también la adquisición de hábitos saludables tendentes a facilitar el desarrollo de una vida plena. Ahora bien, la adquisición de dichos hábitos requiere formación e información. En este contexto, UNESCO e IFLA reivindican el papel de la biblioteca y



sus profesionales en el proceso de formar e informar, a los ciudadanos en general y a los pacientes y sus familias en particular, mediante la documentación adecuada.

La IFLA, en las *Pautas para bibliotecas al servicio de pacientes de hospital, ancianos y discapacitados en centros de atención de larga duración* de 2000, propone como objetivos de estas bibliotecas: "...Animar al reconocimiento de que, en el concepto de una completa atención al paciente, las bibliotecas y los servicios bibliotecarios deben ser una parte fundamental de cualquier institución al cuidado de pacientes a largo o corto plazo.... [y] favorecer el bienestar y la recuperación de pacientes mediante: la adquisición, organización, conservación y/o suministro de materiales y servicios bibliotecarios que pueden, conforme a las necesidades de cada paciente, resultar medios de diversión, terapia, cultura y, en su caso, educativos y formativos; el suministro de información acerca de la salud y el bienestar, enfermedades específicas, trastornos u otros problemas relacionados con la salud que incluyen la etiología, el diagnóstico y el tratamiento."

En el *Manifiesto de la IFLA/UNESCO sobre la biblioteca pública*, 1994 se afirma que: "Los servicios de la biblioteca pública se prestan sobre la base de igualdad de acceso para todas las personas... Deben ofrecerse servicios y materiales especiales para aquellos usuarios que por una o otra razón no pueden hacer uso de los servicios y materiales ordinarios, por ejemplo,... personas en hospitales..."

El valor añadido del *Manifiesto* respecto a las normas ya reseñadas, es el reconocimiento del rol de la biblioteca pública como agente educativo: "2. prestar apoyo a la educación, tanto individual como autodidacta, así como a la educación formal en todos los niveles." En este contexto la biblioteca deviene un colaborador activo de los organismos competentes en la tarea de formar a los ciudadanos en temas de salud.

### 3.2.2 Marco legal

El marco normativo constituye la base a partir de la cual se ha legislado sobre el tema. Las leyes relativas a los derechos de los pacientes recogen de manera mayoritaria los principios relacionados con la dignidad humana. Por ejemplo, las leyes catalana y española dan una relación detallada de las normas fundamentales en las que se basan: *Declaración universal de los derechos humanos*, *Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa* (Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. WHO/Europe, 1994) y *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* (Consejo de Europa, 1997).

De todos los temas que tratan estas leyes destacamos, obviamente, los relacionados con nuestro objeto de estudio: el derecho a la información y el establecimiento del titular de este derecho a la información (dejamos al margen cuestiones como el derecho a los pacientes a no ser informados si así lo desean, el acceso a la historia médica, el consentimiento informado y las voluntades anticipadas).

- El derecho a la información implica no solamente proporcionar toda la información sino hacerlo de la manera más adecuada a



las características del paciente. La ley francesa, por ejemplo, detalla el tipo de datos que deben proporcionarse: "Art. L. 1111-2. – Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus...."

Así mismo, esta ley hace referencia a un manual de buenas prácticas sobre cómo debe darse esta información; se trata de una novedad respecto al resto de leyes ya que éstas sólo expresan esta voluntad pero en ningún caso proporcionan unos instrumentos concretos: "Des **recommandations de bonnes pratiques** sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé."

- El establecimiento del titular del derecho a la información hace referencia a la edad y al grado de dependencia de los pacientes. Existe un consenso generalizado en el hecho de fijar la necesidad de un tutor para los menores y para los adultos incapacitados pero, y a pesar de ello, se recomienda que sean informados los pacientes y, en la medida que sea posible, intervengan en las decisiones que deban tomarse. En la ley belga, por ejemplo, se describe así: "Chapitre IV.- Représentation du patient. Art. 12. § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur. § 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. Art. 13. § 1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur. § 2. Le est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension."

Para un mejor ejercicio del derecho a la información sobre temas relacionados con la salud, los ciudadanos deben poder acceder a una buena educación sobre la misma. Sólo la legislación del Reino Unido da pautas concretas de actuación en este sentido: "12.2... patients will get greater access to authoritative information about how they can care for themselves and their families under the aegis of NHS plus which will produce and kitemark books, leaflets and other written material."



## Marco ético

### 3.3.1 Códigos deontológico de la profesión médica

La base de estos códigos es el juramento hipocrático en el cual se aconseja al médico actuar siempre en beneficio del paciente. El derecho a la información puede ser entendido como la actualización de un aspecto parcial de esta recomendación.

La exigencia ciudadana de recibir información sobre la propia enfermedad nace a partir de las reclamaciones de los colectivos de enfermos de SIDA; posteriormente se ha convertido en una demanda extendida a todas las capas de la sociedad. Los códigos deontológicos médicos son los primeros en reconocer que esta demanda de información es un derecho que puede ser ejercido; este reconocimiento es refrendado más tarde por los parlamentos de los distintos países. Posteriormente, son los códigos deontológicos los que se actualizan para hacer referencia a la ley. Esta secuencia código-ley-código no se da en el caso de los códigos bibliotecarios tal y como se verá más adelante.

Todos los códigos analizados dedican, por su importancia, un apartado a las relaciones entre el médico y el paciente; en dicho apartado se incluye el derecho a la información del paciente. Nuestro interés se centra, tal y como hemos apuntado anteriormente, en el ejercicio de este derecho y no en el acceso a la historia clínica ni al consentimiento informado. Esta distinción no es arbitraria por nuestra parte sino que son los propios códigos los que consideran estas cuestiones separadamente dándoles a cada una de ellas un tratamiento específico.

El derecho a la información es contemplado en todos los códigos de manera muy semejante. Sirva a modo de ejemplo el caso catalán: "Art. 22 El metge té el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments. La informació ha d'ésseer donada de manera entenedora i prudent."

A continuación presentamos aspectos significativos de algunos de ellos como son la concepción del paciente como ciudadano, la referencia al ordenamiento jurídico de cada país, la descripción de cómo deben desarrollarse las relaciones entre médico y paciente, la información en el caso de menores y personas dependientes y la reivindicación de los médicos como únicos responsables de informar a los pacientes.

- Hemos afirmado unas líneas más arriba la existencia en todos los códigos de un epígrafe dedicado a las relaciones médico-paciente. Sin embargo, el código italiano denomina al enfermo indistintamente "paciente" y "cittadino": *Titolo III: Rapporti con il cittadino. Art. 33 Informazione al cittadino*. La garantía del estado del bienestar se sustenta en que todos sus habitantes pagan impuestos; a partir de este momento, un habitante adquiere la categoría de ciudadano. En el siglo XXI y en el marco de los países europeos, los "ciudadanos" afrontan su relación con los médicos "de igual a igual" y con las mismas expectativas y exigencias de accesibilidad y eficacia que esperan de cualquier otro servicio financiado con sus impuestos.



- La referencia a la ley vigente aparece en todos los códigos analizados. El código francés es el único que además enlaza directamente cada artículo del código con el texto legal. Por ejemplo: "Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) Le médecin...."
- La descripción de la relación médico-paciente se detalla con precisión en el código británico: "21 To fulfil your role in the doctor-patient partnership you must: (a) be polite, considerate and honest, (b) treat patients with dignity, (c) treat each patient as an individual... (f) encourage patients who have knowledge about their condition to use this when they are making decisions about their care." Es además el único que ha elaborado guías complementarias sobre aspectos de difícil aplicación y considerados en este código de manera más general.
- Las categorías de enfermos, atendiendo a su edad y grado de dependencia, determinan a quién y cómo se informará. Por ejemplo, en el código francés: "Un médecin appelé à donner soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant legal et d'obtenir leur consentement."
- Los médicos se postulan como los únicos responsables de informar al paciente. Por ejemplo, el código suizo, afirma en el artículo 10 que "Le médecin fournit au patient une information compréhensible sur les investigations diagnostiques et les mesures thérapeutiques envisagées, les résultats d'exams, le pronostic et les risques, ainsi que sur les autres possibilités de traitement." Ahora bien, ¿puede el bibliotecario participar también en el proceso de informar y educar al paciente sobre aspectos generales de su enfermedad, advirtiéndole de que en ningún caso sustituye al médico sino que se limita a continuar la tarea informativa iniciada por éste? Creemos que sí ya que informar constituye la esencia del trabajo bibliotecario (CAPHIS, 1996).

### 3.3.2 Códigos deontológicos de los profesionales de la información

A diferencia de los códigos deontológicos de médicos que parecen obtener su autoridad e inspiración más allá de la ley (vieja reminiscencia del juramento hipocrático que se inscribe en el orden religioso "Juro por Apolo, médico, por Asclepio, y por Higía y Panacea, y por todos los dioses y diosas del Olimpo..."), los códigos de bibliotecarios están sometidos a ella. Todos, sin excepción, hacen referencia, implícita o explícita, al marco legal y normativo como suprema instancia a la que adecuar el desarrollo de la actividad profesional, tal como se observa, por ejemplo, en el *Codice deontologico del bibliotecario*: "principi fondamentali de la Associazione italiana biblioteche (AIB): 1.1. Il bibliotecario garantisce all'utente l'accesso alle informazioni pubblicamente disponibili e ai documenti senza alcuna restrizione che non sia esplicitamente e preliminarmente definita attraverso leggi o regolamenti."



Los códigos bibliotecarios no presentan una estructura uniforme. Sin embargo, es constante la presencia de epígrafes o artículos dedicados a los servicios a los usuarios y al acceso a la información y/o documentos. No se contempla la oferta de servicios específicos dirigidos a satisfacer las necesidades de colectivos concretos, excepto en el *Codi deontològic del Col·legi Oficial de Bibliotecaris-Documentalistes de Catalunya* (COBDC): "Art.11 Els bibliotecaris-documentalistes vetllaran per l'adopció de mesures tendents a facilitar l'ús dels serveis bibliotecaris a les persones amb discapacitats." Siempre se recoge, en cambio, la obligación de garantizar el acceso a la información al conjunto de la ciudadanía ya que se trata de un derecho fundamental.

En el reconocimiento de este derecho fundamental se refleja el "componente pedagógico" inherente al oficio de bibliotecario. Sobre él, por ejemplo, el *Code de déontologie des bibliothécaires suisses* (BBS) manifiesta que *Il/Elle [bibliotecario/a] veille à rendre les usagers/usagères autonomes*, a tal efecto "constitue des collections susceptibles de permettre ... comprendre l'évolution de la société, d'exercer leurs droits démocratiques, de se développer culturellement et professionnellement, ainsi que se divertir."

El *Code de déontologie du bibliothécaire* de la Association des bibliothécaires français (ABF) afirma que el bibliotecario recibe de los mismos usuarios el encargo de responder a sus necesidades de información: "Le bibliothécaire est chargé par sa collectivité publique ou privée de répondre aux besoins de la communauté en matière de culture, d'information, de formation et de loisirs. Il constitue à cette fin les collections publiques, en assure la mise en valeur et l'usage citoyens." Consciente de su responsabilidad, se compromete incondicionalmente en esta búsqueda. Este compromiso garantiza la "calidad" del servicio ofrecido, el cual se fundamenta en un "imperativo ético" (Hernández, 1998) y no en la decisión unilateral del bibliotecario o de la organización para la que trabaja.

## Conclusiones

Con este estudio hemos intentado presentar un estado de la cuestión sobre el reconocimiento del ejercicio del derecho a la información de los pacientes en la legislación y en los códigos deontológicos de médicos y bibliotecarios de diversos países de la Europa Occidental. Hemos querido ofrecer una panorámica general a partir de la cual cada país y cada colectivo tendrá que reflexionar sobre cómo el paciente podrá ejercer este derecho y en qué grado, de qué manera deberán intervenir todos los agentes implicados, cómo tendrá que ser la información proporcionada o en qué contexto deberá tener lugar esta transmisión de información, entre otras muchas cuestiones.

- Un derecho humano fundamental es el derecho a estar informado. Para no ver comprometida su dignidad humana, el enfermo ha de ser considerado, por encima de todo, una persona con derechos, uno de los cuales es el derecho a recibir información adecuada sobre la propia enfermedad y el tratamiento a seguir.



- El reconocimiento del derecho a la información y su plasmación en leyes, normas y códigos deontológicos ya sea de médicos o bibliotecarios sigue una secuencia cronológica diversa según se trate de unos u otros. Así, los códigos deontológicos de los médicos son los primeros en recoger y proteger este derecho a la información. Después, los parlamentos de los distintos países a medida que los colegios de médicos aprueban sus códigos, legislan sobre este asunto. Más adelante, son nuevamente los códigos deontológicos de la profesión médica los que se actualizan para hacer referencia a la ley vigente. En los códigos de los bibliotecarios el orden es inverso, en el sentido que se reconoce una subordinación explícita al marco normativo y legal vigente.
- El carácter reciente de las fechas de aprobación de las leyes y códigos analizados nos muestran claramente el interés que el tema despierta y la existencia de un clima social favorable. En los países que aún no disponen de una ley específica (Italia y Suiza) se dan actualmente iniciativas parlamentarias que trabajan sobre ello.
- En este contexto, es inevitable preguntarnos sobre cuál debe ser el papel del bibliotecario. En razón de su formación, el bibliotecario es quien sabe y debe buscar, seleccionar, tratar y difundir la información más adecuada a cada paciente. Pero es evidente que no puede actuar de una manera aislada e individual si no que debe hacerlo coordinadamente con los profesionales de la medicina ya que no se trata, en ninguna circunstancia, de intrusismo profesional si no de estrecha colaboración en la que cada colectivo debe aportar aquello que le es propio y mejor conoce.

La totalidad de normas, leyes y códigos analizados contemplan la garantía de acceso a la información. Sin embargo, trabajos anteriores nos permiten asegurar que no siempre es posible ejercer este derecho debido, entre otras razones, a que el enfermo ignora su existencia, a la poca receptividad del médico o a la escasez de recursos. Creemos por ello que es necesario generar un debate sobre la cuestión en el que participen todos los agentes implicados (políticos, administración, médicos, bibliotecarios y pacientes) para conseguir la aplicación real de este derecho.



## 11 DE FEBRERO DÍA MUNDIAL DEL ENFERMO. EL PACIENTE TIENE DERECHOS

El enfermo, el paciente, ha dejado de ser un sujeto pasivo para desempeñar un papel más activo y pasar a convertirse en un auténtico copartícipe del acto médico.

Provechamos el Día Mundial del Enfermo para recordar los derechos (y los deberes) del paciente. Unos derechos que se recogen en diversas normas, desde la Constitución Española, que consagra el derecho fundamental a la protección de la salud, a la Ley General de Sanidad del año 1986, la Ley del Medicamento de 1990 y la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios de 1984

Más recientemente, en mayo de 2003, ha entrado en vigor una normativa específica, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones (Ley 41/2002) en materia de información y documentación clínica. Esta nueva normativa recuerda que son unos derechos básicos, como el derecho de las personas a la dignidad, a su intimidad, a su privacidad, a la información, a decidir libremente..., así como el respeto a la autonomía y voluntad de los enfermos los que deben regir todas las actividades relacionadas a su tratamiento y curación.

### PRINCIPIOS BÁSICOS:

#### DERECHO A LA INFORMACIÓN

Lo que dice la Ley

Los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud (con las excepciones previstas por la Ley).

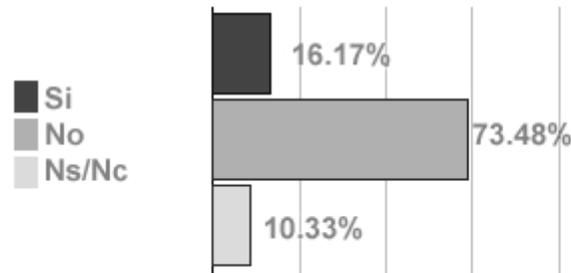
Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.





Diario Médico ha realizado a través de su página de Internet una encuesta dirigida a los profesionales de la medicina, preguntando sobre cómo les ha afectado esta ley meses después de su entrada en vigor.

### ¿Informa usted mejor desde que entró en vigor la Ley de Autonomía del Paciente?



## DERECHO A LA INTIMIDAD

Lo que dice la Ley

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Usted debe saber

El derecho a la intimidad no siempre se respeta en el funcionamiento cotidiano de los hospitales españoles. En muchas ocasiones esto se debe a una falta de concienciación del personal que maneja estos datos.

El tratamiento informatizado indiscriminado de los datos sanitarios (por ejemplo, los contenidos en la Historia Clínica) ha agravado aún más esta realidad. Afortunadamente, se han dictado normas dirigidas a impulsar este derecho, como el Real Decreto 994/1999, por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad



de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal y la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Poco a poco, los principios que alientan estas normas van calando en el día a día de los centros sanitarios. En cualquier caso, no serán un éxito hasta que no se adopten algunas medidas básicas, que a juicio de la OCU deben pasar por:

Un mayor esfuerzo tecnológico en la seguridad de los sistemas informáticos.

Un conocimiento generalizado de la obligación de sigilo (esto es algo que recae tanto sobre el personal sanitario como el personal no sanitario que está en contacto con datos clínicos).

Educar a los profesionales de la salud y a la población general sobre la trascendencia que pueden llegar a tener en un futuro próximo los resultados de ciertas pruebas genéticas. Gracias a ellas, por ejemplo, será posible conocer la predisposición a determinadas enfermedades. Una utilización inadecuada de estos datos puede condicionar el acceso de los individuos a determinadas prestaciones sanitarias y sociolaborales, etc.

Informar bien al paciente sobre la finalidad de la recogida de datos clínicos, la existencia de un fichero o tratamiento de datos, así como sobre la posibilidad de solicitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos. También debe saber que tiene derecho a no contestar a las preguntas que se formulen, y estar informado de las consecuencias de no hacerlo.

## DERECHO A ACCEDER A SU HISTORIA CLÍNICA

Lo que dice la Ley



La historia clínica es el conjunto de los documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Se trata de una información que pretende garantizar una asistencia adecuada al paciente.

El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella (que incluyen partes de urgencia, de ingreso, informes de alta, de anestesia, resultados de exploraciones, etc.). Este derecho no puede interferir el derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella, ni tampoco de los profesionales participantes en lo que se refiere a sus anotaciones subjetivas.

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas.

Usted debe saber

La OCU ha realizado una encuesta destinada a conocer hasta qué punto se ha empezado a aplicar esta nueva norma en los centros sanitarios. Los resultados de esa encuesta han sido publicados en OCU-Salud n° 52.

Ante una solicitud de una copia de la propia historia clínica, realizada en diferentes centros sanitarios (tanto de atención primaria, como especializada) se ha obtenido una respuesta positiva en el 80 % de los casos. Esta cifra supone una mejora sustancial respecto a los resultados del sondeo realizado en 2002 (publicado OCU-Salud n° 44) donde la misma petición sólo obtuvo un 50% de respuestas favorables.

## DERECHO A RECIBIR UNA EXPLICACIÓN COMPRENSIBLE SOBRE EL TRATAMIENTO

Lo que dice la Ley



El paciente tiene derecho a que se le dé una explicación que él pueda comprender. Solo así puede dar su consentimiento informado al tratamiento. El consentimiento informado es la expresión, por parte del paciente, de su conformidad libre, voluntaria y consciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. La ley establece que:

Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades, haya valorado las opciones propias del caso.

Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Usted debe saber

El consentimiento informado no es un mero trámite administrativo, sino que se trata de lograr que el paciente sepa y comprenda el alcance de la prueba o tratamiento a la que se va a someter y los posibles riesgos que conlleva.

El consentimiento informado no tiene por qué ser un papel, sino que puede expresarse también verbalmente.



En caso de que se trate de un documento, éste debe estar redactado en un lenguaje claro y comprensible para el paciente. Por su parte él tiene derecho a preguntar cualquier duda antes de firmar. Nunca debe firmarse en blanco.

El consentimiento informado no libera al médico de sus responsabilidades. Y en este sentido, en ningún caso el documento debe incluir cláusulas de exoneración de la responsabilidad (todo lo contrario, se debería indicar explícitamente que la firma del documento no impide iniciar en el futuro, en caso de que fuera necesario, las reclamaciones que se estimen oportunas). Existe una resolución judicial que declara que estas cláusulas son inoperantes.

## DERECHO A QUE SE RESPETE SU VOLUNTAD

Lo que dice la Ley

La voluntad futura se expresa a través del documento de instrucciones previas. Éste es un documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que se cumpla si llegara a situaciones en que, por las circunstancias, no fuera capaz de expresar personalmente sus deseos sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o bien, una vez fallecido, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos. A este respecto, la normativa establece que:

Las instrucciones previas deberán constar siempre por escrito.

Serán los servicios de salud los encargados de regular el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona.

No serán aplicadas las instrucciones previas que sean contrarias al ordenamiento jurídico.



En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con el documento de instrucciones previas.

Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando siempre constancia por escrito de ello.

Usted debe saber

La ley es muy clara, pero su aplicación en la práctica aún lleva cierto retraso. La OCU ha realizado una encuesta para conocer hasta qué punto se ha empezado a aplicar esta nueva norma en los centros sanitarios. Los resultados se publican en OCU-Salud nº 52. Ante una consulta realizada en diferentes centros sanitarios (tanto de atención primaria, como especializada) sobre qué es lo que hay que hacer para dejar constancia de la voluntad de ser donante de órganos, tan solo en el 48 % de los casos nos han informado debidamente sobre los pasos a seguir



## **BIBLIOGRAFÍA**

- ARMAS, José G. Teoría y Técnicas de Investigación Social, Editorial Tupac Katari, 1992
- CABANELLAS de Torres Guillermo. Diccionario Jurídico Elemental.
- CASA DE JUSTICIA. Resumen Estadístico 2006 – 2007, La Paz – Bolivia, 2007
- Constitución Política del Estado.
- Decreto Supremo N° 28562 de 22 de diciembre de 2005 años, Decreto Reglamentario de la Ley del Ejercicio Médico.
- La Tarjeta Jurídica, Diccionario Jurídico.
- Ley no. 3131 Ley de 8 de agosto de 2005, Del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley 15629 de 18 de julio de 1978 Código De Salud.
- Ley n° 728 de 4 de agosto de 1993, Código De Ética Médica.
- MOSTAJO, Machicado Max. Seminario Taller de Grado y Técnicas de Estudio.
- OSSIO Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales.
- VARGAS, Arturo F. Guía Práctica para la Elaboración de Perfil de Tesis, La Paz – Bolivia.