

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS

Dr. Antonio Turnes*

Los derechos del paciente en Uruguay comenzaron a reconocerse cuando el Dr. Gustavo Bogliaccini, en 1991, entonces director del Hospital Maciel, dispuso colocar en diversos sitios accesibles de dicho centro la cartilla aprobada por la Cámara de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973. Ese gesto, que en su momento tuvo amplia repercusión pública, fue más tarde consagrado por la sanción del Decreto N° 258/92 del 9 de junio de 1992, conocido como *Reglas de Conducta Médica*, que con la firma del presidente Luis A. Lacalle y su ministro de Salud Pública, Dr. Carlos E. Delpiazzo, dieron forma jurídica haciéndola de aplicación general, a aquel cuerpo normativo. En los considerandos del

Decreto se reconoce en el punto “IV) *que, en lo que refiere a los derechos del paciente consignados en el Título II de la parte dispositiva de este Decreto, se ha partido de la Declaración aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973 y, en particular, de la Carta de derechos del paciente del Hospital Maciel*”.

En abril de 1995 el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior aprobaron, mediante plebiscito entre sus asociados, con voto secreto, sus respectivos Códigos de Ética Médica, que recogieron algunas disposiciones vinculadas a los derechos y obligaciones de los profesionales y de sus pacientes⁽¹⁾.

1. Código de ética médica del SMU.: <http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/cem.html>

Desde hace ocho años, el Dr. Alberto Cid, ex presidente del Sindicato Médico del Uruguay, con particular interés en las cuestiones relacionadas con la salud y la bioética, presentó al Senado de la República, una iniciativa parlamentaria para regular por ley los derechos y obligaciones de los pacientes. En la Legislatura pasada, el tema no fue aprobado. Se reinició su consideración hace tres años, en la nueva Legislatura, y finalmente el 5 de agosto de 2008 fue sancionada, promulgándose por el Poder Ejecutivo para su cumplimiento, publicación y difusión, el 15 del mismo mes. Se trata de la Ley N° 18.335⁽²⁾, que en su artículo 1° determina su objeto: regular *“los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud”*.

Es necesario hacer una primera valoración de la ley, que sin duda trae a nuestro país al sitial que corresponde en la legislación moderna, cuando hay asuntos de los allí incluidos que forman parte de la práctica de los países del primer mundo, desde hace 30 años. Los principios de la bioética, que comenzaron a irrumpir en los años 70 y 80 del siglo pasado, se fueron expandiendo lentamente,

y particularmente cobraron vigor en la segunda mitad de los 80, poniendo sobre la mesa de discusión de los servicios de salud y de la profesión médica, los nuevos paradigmas para la atención. Ella se inscribe en el marco de las reformas del sistema de salud, pero va más allá, por cuanto reconoce y dispone una actualización amplia en un terreno que en nuestro país ha sido pobremente reconocido: el de los derechos de los pacientes, pero también el de sus obligaciones, cuando actúan como usuarios de los servicios, cualquiera sea su inserción: en instituto público o privado, de Montevideo o del interior. Del conocimiento de sus disposiciones y alcances, podremos aprender nuevas conductas que será necesario adoptar por las personas y las instituciones, para adecuarse a un mandato legal amplio que nos pone actualizados respecto a cuestiones que, a veces por ignorancia y otras por el mezquino interés, son todavía puestas en duda o discutidas en algunos ámbitos.

En tanto que otros países, incluso de América Latina, tienen una expresión constitucional clara respecto de la SALUD COMO DERECHO HUMANO ELEMENTAL, esto no está reconocido a texto expreso en nuestra Constitución. Los actores políticos se han ocupado en las décadas pasadas de reformar la Constitución para obtener mayorías especiales, segundas vueltas electorales

2. Ley 18.335, véase: http://www.presidencia.gub.uy/web/leyes/2008/08/S469_26%2006%202008_00001.PDF
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>

por si alguien resultaba ganancioso en la primera, pero sin un porcentaje mayor al 50% de los votos, la integración de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, el aumento a las jubilaciones para evitar abusos de la administración o sortear las dificultades del erario público, u otras cuestiones que nada tienen que ver con la salud. Que es materia tan importante a la hora de buscar votos, pero tan relegada a la hora de adoptar políticas. Como la atención de los hospitales para pacientes mentales crónicos, que siguen siendo una calamidad, de la que escuchamos hablar un año sí y otro también, a pesar de todos los pesares. La salud de los uruguayos, no había sido hasta ahora una POLÍTICA DE ESTADO, ni les ha importado mucho a las administraciones anteriores, por cuanto sus objetivos eran preferentemente electorales o de mantener el caudal electoral, distribuir cargos y prebendas o consagrar el *statu quo*. La salud estuvo presente en todos los debates, desde la CONAPRO, a la salida de la dictadura (1973-1985), pero siempre se hablaba de ella, al final, y como decía un querido amigo “cuando se iba a tomar el saco de la percha”. “¿Y de la salud, qué decimos?” Y alguien se ocupaba de poner alguna frase de circunstancia, totalmente compartible, pero que era sabido, o se presumía, no se llevaría a la práctica. “Porque entre gitanos no nos vamos a andar

adivinando la suerte”. No en balde, tantas administraciones, a lo largo de 20 años después de la dictadura, y tantas décadas antes de ella, fueron incapaces de establecer las reformas de la salud que el país requería, y la profesión médica organizada postulaba a través de sus ocho Convenciones Médicas Nacionales, a pesar de los cientos de millones de dólares que se gastaron a lo largo de todo ese tiempo en asesorías internacionales, en diagnósticos de toda laya, en saber qué había que hacer, o ir a buscar ese saber a las fuentes, en nutridos y frecuentes viajes.

Pero nadie lo hizo antes. Por dificultades, en parte explicables (mayorías políticas relativas) o inexplicables (disposiciones legales y normativas que no se cumplían, aunque estuvieran formalmente adoptadas). Podemos recordar simplemente, a mero título de ejemplo, que desde 1999 existe un decreto del Poder Ejecutivo, adoptado durante la segunda administración del Dr. Julio María Sanguinetti, cuando su ministro de Salud era el Dr. Raúl Bustos, obligando a las instituciones mutuales a dar, entre sus prestaciones, la operación de cataratas con la inclusión de la lente intraocular. Pero sin embargo, fue letra muerta durante más de nueve años, hasta que por mecanismos no del todo saludables, se ha implementado una solución que beneficia a los ciudadanos más desprotegidos.

Aquellos que no pueden pagar 2 mil dólares por una intervención (de un solo ojo)cuyo costo son apenas 24.

La discriminación

El artículo 2º de la ley comentada estipula que *“los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica”*. Esto es algo que se ha puesto de manifiesto en múltiples oportunidades por cualquiera de los factores que se mencionan en el texto de la ley, y que deberán ahora corregirse. Eliminar cualquier discriminación por alguna de esas circunstancias. Que a un paciente se le trate distinto porque es negro, o chino, o porque es pobre, analfabeto, porque es portador del VIH-SIDA, o porque es sordo, ciego o minusválido psíquico. Todos tienen igualdad de derechos, y pronunciarlo expresamente es un deber ciudadano y republicano. Pero no basta proclamarlo. Además, hay que hacer que se cumpla.

Términos y definiciones

Hay que examinar, ante todo, cuáles son las definiciones aceptadas para algunos términos que por muy

utilizados están un poco confundidos. ¿Qué es un paciente; qué es un usuario? Nada mejor que consultar el Diccionario de la Real Academia Española⁽³⁾, o el Diccionario de Uso del Español, de María Moliner⁽⁴⁾, para aclarar cualquier duda:

PACIENTE: (RAE) adj. Que tiene paciencia. 2. *Fil.* Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. U.T.c.s.m. 3. *m. Gram.* Persona que recibe la acción del verbo. 4. *com.* Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. 5. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

USUARIO: (RAE) adj. Que usa ordinariamente algo. U.t.c.s. 2. *Der.* Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación. U.m.c.s. 3. *Der.* Dicho de una persona: Que, por concesión gubernativa o por otro título legítimo, goza un aprovechamiento de aguas derivadas de corriente pública. U.t.c.s.

PACIENTE: (María Moliner: Diccionario de Uso del Español) (del lat. Tolerar, aguantar). 1 adj. Se aplica al que tiene paciencia. 2. *Aplicado a un marido a quien es infiel su mujer, * consentido.* 3. *Gram.* Por oposición a

3. Real Academia Española: Diccionario de la Lengua, Edición 22ª, 2001, Espasa.

4. Diccionario de uso del español, de María Moliner. Gredos, Madrid, 2ª. Edición, 4ª. Reimpresión, 2002.

“agente”, se aplica al *sujeto gramatical de un verbo en pasiva. (aprox). Pasivo. 4. n. Persona enferma que está en tratamiento para curarse o que se somete a un reconocimiento médico; por ejemplo, con relación al médico: “empezó a desatender a sus pacientes”.

USUARIO: (María Moliner: Diccionario de Uso del Español) (del lat. “usuarius”) adj. y n. Se aplica a las personas que usan cierto *servicio: “Los usuarios de esta línea de autobuses”. Se aplica al que disfruta el uso de cierta cosa. *También, al que, por concesión oficial, goza un aprovechamiento de *aguas de propiedad pública.*

Sería ocioso discutir la pertinencia de continuar llamando pacientes a los usuarios de los servicios de salud. Pero en todo caso tendríamos que redefinir si el paciente es un usuario, la relación médico-paciente, pasaría a ser médico-usuario. Con una innegable connotación comercial, porque nadie hace uso de algún servicio o producto, sino como consumidor, como alguien que compra algo y tiene derechos limitados por esa compra. Pero ese es otro tema. Y a decir verdad, la sociedad de consumo, de la que formamos parte, ha transformado el acto profesional, en un acto de compraventa. Y la ley lo reconoce. A tal punto que la Ley de Derechos de Consumo N° 17.250 (promulgada

el 11 de agosto de 2000), trata por igual a los consumidores de servicios de salud que a quienes adquieren un electrodoméstico, una vivienda o un automóvil. Con derechos a reclamar por cosas que son corrientes en las transacciones comerciales y mercantiles, pero que en el plano de la salud están sujetas a múltiples variables, no siempre pasibles de ser controladas. Pero eso es harina de otro costal.

La Ley N°18.335 del 15 de agosto de 2008, establece claramente algunas definiciones: “*Se considera servicio de salud a toda organización formada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados —de carácter particular o colectivo— o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud*”. (Art. 3°). Aquí entran las instituciones que brindan servicios integrales, parciales, o de algunas disciplinas sanitarias (médicas, preventivas, odontológicas, en cualquiera de sus manifestaciones y variantes).

Define igualmente: “*Se entiende por trabajador de la salud, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no*”. (Art. 4°). Esto significa, en buen romance, que están obligados

no sólo los profesionales, sino todo el personal vinculado a un establecimiento de cualquier tipo y tamaño: desde el portero a la enfermera, desde la secretaria al telefonista, desde el limpiador al administrativo que recibe pacientes o muestras en un mostrador. Todos ellos quedan abarcados por las obligaciones que la ley impone. Se acabaron las dudas y las controversias de quién es el obligado a guardar el secreto profesional y la información a la que tiene acceso en virtud de su función. Están todos igualmente comprendidos. De ahí que las instituciones y los colegas deban tomar previsiones y reforzar las instrucciones a su personal dependiente, para que todos encuadren en la ley y sus prescripciones.

Se define también que: *“Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal”*. (Art. 5°).

La ignorancia de la ley

Hay una vieja disposición del Cód-

igo Civil (de 1868) que establece: “La ignorancia de las leyes no sirve de excusa”. (Art. 2°) Se entiende que no sirve de excusa para su incumplimiento. O sea que a partir de ahora, nadie podrá hacerse el distraído, que a él o ella no le concierne tal obligación o le asiste tal derecho.

Los derechos de los pacientes

Está claro que *“Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprende todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública”*. (Art. 6°). Es importante que no sólo se establezca a texto expreso el derecho a la atención de todos los habitantes, sino también a los cuidados paliativos, por cuanto algunos entendían que del final de la vida de los ciudadanos, tendría que hacerse cargo alguna entelequia, y no los servicios de salud. Lo que no quiere decir que los pacientes terminales vayan a morir al CTI, o a una unidad de cuidados complejos, sino que debe atenderse como cualquier otra circunstancia de la vida, aunque sea tan simple y sin retorN°

Si bien la disposición constitucional, como ya mencionamos, establece algo elíptico y tal vez insuficiente, ahora no quedarán dudas acerca de

los derechos de las personas. ¿Qué dice la Constitución? En su Art. 44 establece: *“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.*

“Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones. Todo paciente tiene derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización. Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite”. (Art. 7°). Es un buen principio: establecer que los trabajadores y profesionales deben estar debidamente capacitados y actualizados, habilitados por la autoridad competente. Que se tiene derecho a medicamentos de calidad, lo

que supone que no cualquier copia o sustituto es igual. El famoso “similar” que prodigaban las farmacias mutuales, comprado por razón de su costo o de otros motivos menos justificables, tendría ahora que terminarse, lo que resulta, en principio, difícil de imaginar. También se menciona, en una ley, por primera vez en la historia, que los exámenes de laboratorio deben contar con control de calidad. Algo elemental en este tiempo, pero que sin embargo no era un mandato legal, y sólo estaba discretamente oculto en alguna ordenanza del MSP referida a la habilitación de laboratorios. No cabe ninguna duda que la mayoría de los laboratorios habilitados (y aún algunos que no lo están, pero deberían serlo) cuidan estas pautas internacionales en cuanto a la calibración de equipos y técnicas, que aseguren la exactitud y fiabilidad de los resultados que entregan. Pero en esta materia todo cuanto se haga será poco para mejorar la calidad y asegurarla.

Se establece, con sensatez, que *“El Estado, por intermedio del MSP, será responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos o al consumo de medicamentos. La promoción engañosa se determinará de acuerdo con lo prescripto en la Ley N° 17.250, de 11 de agosto de 2000, y, en particular, en el Capítulo IX de ese texto”.* (Art. 8°). Tema recurrente el de la propaganda que induce el consumo.

Sobre todo en materia de salud. En países cercanos se encuentran desde hace años, publicidades de clínicas médicas, (oftalmológicas, de cirugía plástica y estética, de odontología y estética dental) que ofrecen resultados maravillosos. Lo que no deja de contravenir las reglas del arte de la Medicina, que no permiten asegurar resultados sino poner a disposición de los pacientes medios para solucionar problemas o intentarlo. Y que a menudo son motivo de reclamaciones a través de demandas, con justa causa, porque los resultados prometidos, y publicitados, no se han logrado en algún caso concreto. Pero ese vicio de captar voluntades a través de publicidad engañosa, debería ser una luz roja en el tablero de muchos colegas, para evitar emplear el recurso. Aunque, entre nosotros, este sea un vicio muy poco frecuente.

“El Estado, por intermedio del MSP, está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional”. (Art. 9°). No queda claro a qué condiciones se refiere. Porque también en esta materia el MSP deberá avanzar y ponerse al día en cuanto a brindar la información oportuna. Siempre ha dado información, pero toda resulta insuficiente o escasa, en medio de la avalancha de datos y noticias que por diversos medios bombardean a los ciudadanos, haciéndoles alentar falsas esperanzas, o despistándolos de

los tratamientos y prácticas correctas. Por otra parte, las estadísticas sanitarias, que son parte esencial de esta obligación, no han estado siempre al día, y hace falta mucho trabajo para mantenerlas actualizadas y disponibles. Es parte de la responsabilidad que asume un Estado moderno, o que pretende serlo.

“El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos. Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el MSP de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007”. (De creación del SNIS) (Art. 10°). Esta es una materia pendiente y de difícil alcance. Porque el Estado podrá garantizar el acceso a todos los medicamentos incluidos en el FTN, pero no siempre están todos aquellos que han demostrado ser científicamente válidos desde el punto de vista de su probada eficacia. Eso en función de limitaciones económicas, que no están ni estarán nunca suficientemente resueltas. Las posibilidades que brinda la ciencia son infinitas, pero los alcances de un presupuesto de un país, sistema o institución, son

finitos. Y deben establecerse prioridades. De modo que por aquí se avizoran potenciales áreas de rozamiento entre los usuarios y las autoridades de salud, que será prudente morigerar y balancear.

La información adecuada

“Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante —luego de recibir información adecuada, suficiente y continua— y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica. En la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a

la salud mental dicte el MSP”. (Art. 11°). Debe destacarse que el artículo comienza con que “todo procedimiento... será acordado...”, lo que es diferente de impuesto. Debe ser informado el paciente de todas las posibilidades y alternativas que existen en el país, al alcance de cualquier ciudadano, aunque el mismo médico no sea quien lo realice, y que el paciente elija libremente. Este tema deberá ser tratado con especial cuidado, por cuanto aunque está en uso en el país el consentimiento informado, no siempre es válido. Algunas instituciones y profesionales consideran que el consentimiento informado es algo así como la tarjeta que se firma al entrar a un hotel, junto con la entrega de la llave y el control remoto de la televisión. Un cheque en blanco para hacer cualquier procedimiento, que no se le ha explicado en detalle al paciente o su familia, y que ingenuamente piensan que les valdrá para zafar de cualquier reclamación, si los resultados se apartan de lo esperado. Esos consentimientos genéricos de dos renglones, que valen tanto para operar el cerebro como para amputar una pierna, son totalmente inválidos y aunque en la forma se ha cumplido con el trámite, en el fondo no sirven de nada. En esta materia, mucho deberá hacer el MSP para regular el tema, con sentido preventivo y didáctico, realizando mediante un trabajo largo y difícil, con las

diversas sociedades científicas, distintos modelos de consentimientos para las más disímiles exploraciones o intervenciones. No hay uno que se salve de cualquier reclamo. Nada más apartado que eso del sentido que tiene la precaución del consentimiento informado. El que consiente lo hace porque le han explicado, en lenguaje simple y llano, a su alcance y para su comprensión, los procedimientos que se le proponen, y que el paciente acepta o rechaza, luego de considerarlo en solitario con su conciencia, o en diálogo con su familia. Donde el profesional juega también un rol esclarecedor, aclarando y explicando los detalles de lo que se le propone, sin ahorrarle palabras. Pero para eso se requiere algo que no da la ley ni el MSP: EL TIEMPO INDISPENSABLE PARA ENTABLAR UN BUEN DIÁLOGO MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA. Sin tiempo, todo esto será papel pintado. Una utopía, lisa y llana. Que es lo que sucede hoy, cuando el multiempleo campea entre los profesionales de la salud, y el tiempo para dedicar a las explicaciones es escaso o inexistente. Hacer un apartado para los pacientes psiquiátricos no es ocioso, por cuanto tienen el mismo derecho que los demás a que les aclaren las consecuencias y circunstancias de los tratamientos propuestos, que a menudo pueden interferir con su vida laboral, profesional, de relación, o su

reinserción futura en tiempo previsible en sus actividades regulares o en el seno de la familia. Este es también uno de los paradigmas de la bioética, desde hace décadas, que considera al paciente psiquiátrico como hábil en la mayoría de los casos, para adoptar una decisión válida. Todavía entre nosotros prevalece una postura paternalista, más cercana al viejo modelo de ejercicio de la Medicina, que la buscada y practicada en el siglo XXI.

La investigación biomédica

“Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma y una vez que la Comisión de Bioética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. En todos los casos se deberá comunicar preceptivamente a la Comisión de Bioética y Calidad de Atención del MSP. La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento, en cualquier etapa de la investigación. La Comisión se integrará y funcionará según reglamentación del MSP y se asesorará con los profesionales cuya capacitación en la materia los constituya en referentes del tema a investigar”. (Art. 12º).

Desde que la Declaración de Hel-

sinki fue adoptada en 1964 por la Asociación Médica Mundial, con la intervención del distinguido médico uruguayo Constancio E. Castells, que revisó la versión española del original, no se había tocado el punto en la legislación uruguaya. Ni antes, ni después de 1964. Sin embargo, este componente tan importante del avance científico y de la investigación clínica, que es una de las que se realiza en nuestros países, participando de estudios multicéntricos en el ensayo de nuevos fármacos o implementos que mejoran la calidad de vida o puedan aún obtener curación de enfermedades, había quedado sin regular. Otro punto trascendente para añadir a esta verdadera ley que actualiza lo que son las prestaciones de salud, y brinda las garantías a los pacientes y a las organizaciones, siempre que realicen una observancia estricta de sus prescripciones. Hasta ahora las investigaciones se hacían, a veces con conocimiento, y a veces sin conocimiento del o los pacientes. Pero además, no había garantía de que si el tratamiento resultaba exitoso y no había efectos colaterales o adversos, el tratamiento se interrumpía cuando al fabricante o al investigador le pareciera. Sin asegurarle a quien había prestado su cuerpo para esta investigación, que ahora será con previo consentimiento de incorporarse al estudio, que la medicación le sería continuada de por vida, o durante

el tiempo necesario, sin ninguna restricción. Tampoco se asumía ninguna responsabilidad, hasta ahora, por los efectos adversos, respecto del paciente o su familia, lo que en adelante deberá ser realizado, de acuerdo a las informaciones disponibles. Y esto debe poner en guardia sobre sus obligaciones a los investigadores y las empresas patrocinantes, para no entrar en colisión con las obligaciones que emanan de la norma legal.

El fin del “corralito” mutual

Se ha interpretado, equívocamente a nuestro modo de ver, que esta ley tenía por objeto este único fin, cuando es obvio que trata una amplia gama de aspectos vinculados a los derechos y obligaciones de los usuarios de servicios de salud, entre los cuales este ocupa su lugar. Pero sin duda, no es el propósito único o exclusivo, sino reconocido en una constelación de otros derechos de la misma o mayor jerarquía. El Art. 13º, establece que toda persona tiene derecho a la elección del sistema asistencial más adecuado, lo que pone fin al “corralito” de las IAMC que rigió desde julio de 2000 hasta la actualidad, coartando la libertad del usuario, que debía permanecer “atado” a una entidad aunque no lo deseara. Esta disposición privilegiaba el derecho de mantener la “cartera” de la entidad, independientemente de su

calidad de prestaciones, la calidad de la atención de su personal, o la calidad de su cuerpo técnico. Esto es fundamental, y a menudo ignorado por los dirigentes gremiales, sobre todo de los trabajadores, y también de los profesionales, que procuran estirar la vigencia del corralito, en vez de cambiar sus *modus operandi*. Eliminando a los malos funcionarios y peores profesionales, que son causa principal de que los usuarios se sientan deficientemente atendidos. Se establece claramente en dicho artículo: *“En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario”*. Esta denominación popular de “corralito” mutua, tan en uso en los medios de comunicación masiva y en la jerga de los administradores de salud, ejemplifica la dificultad de tratar a las personas con dignidad, asimilándolas a los animales que se encierran en corrales, para alimentarlos, marcarlos, esquilarlos, o previo a su viaje al matadero. Si bien fue trasladada del *argot* argentino, evidencia que en el inconsciente colectivo el tratamiento a la persona humana, en algunos niveles, no estaba bien asumido. Tal vez sea una mala interpretación de

políticos y comunicadores sociales, creadores o repetidores inconscientes de estos términos degradantes, que asimilan a los humanos con los animales en cuanto a sus conductas en situaciones de crisis, lo que habla mal de su capacidad intelectual para liderar procesos.

Rescatando la docencia

El Art. 14º, establece que: *“La docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud”*. Lo que viene a rescatar la naturaleza de la docencia en salud como un elemento que eleva la calidad de la prestación, cuando se le reconoce y ejerce con tal precepto, y deja de lado la vieja noción de que la formación de recursos humanos para la salud debe ser realizada en “hospitales para pobres”. Por aquel viejo adagio de que “En la cabeza del pobre hace su mano el barbero”, que en nuestro país se aplicó con exclusividad a la enseñanza médica, de enfermería y odontología, a lo largo de los siglos XIX y XX. Es una buena señal, que al finalizar la primera década del siglo XXI, se mire en otra dirección y se jerarquice los establecimientos de salud, públicos o privados, como dignos de ser lugares de impartir docencia. Porque como han dicho grandes Maestros de la Medicina: “Donde se realiza

Docencia, se jerarquiza y eleva la calidad de la asistencia”. Seguramente llevará cierto tiempo convencer a los directivos de las instituciones privadas, que será para ellos un privilegio y sello de honor estar acreditados para realizar actividades curriculares de las diversas profesiones, de alguna o de todas. Porque cuando tal cosa ocurra, esas instituciones habrán madurado y comprendido que el mayor nivel lo alcanzarán por la integración docente-asistencial, y no por permanecer marginadas. Tal es lo que ocurre en los principales hospitales del mundo, aquellos donde van ciudadanos de todos los rincones del planeta, buscando solucionar con el mayor nivel de calidad sus problemas de salud. Son los hospitales universitarios, aquellos donde se enseña, se aprende y se innova.

La dignidad de la persona

Hay un capítulo entero, el IV de la norma, que define los Derechos relativos a la Dignidad de la Persona, y que también tienen conexión con la investigación en salud aplicada a seres humanos, en relación a lo pautado por el Art. 12º ya citado.

“Los servicios de salud, dependiendo de la complejidad del proceso asistencial, integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por integrantes representativos de los

usuarios”. (Art. 15º).

“Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas”. (Art. 16º). Esta disposición alude a la Ley de Autopsias, Trasplantes de Órganos y Tejidos, que pauta la donación de órganos y tejidos, y las modificativas que tratan de las posibilidades técnicas que hoy la ciencia ofrece para asegurar buena calidad de vida a personas con insuficiencia cardíaca, renal, pulmonar, pancreática, o que requieren la aplicación de dador cadavérico para solucionar problemas de salud graves. Es sabido que hoy se realizan en el mundo, la región y algunos en el país, trasplantes únicos o múltiples de órganos a un mismo paciente, o a varios, y que esta conducta que salva vidas, hasta la vigencia de aquella ley fue motivo de comparecencia en los juzgados y comisarías de distinguidos profesores, algunos ya fallecidos, por “vilipendio de cadáver”.

Un trato digno y respetuoso

Un artículo entero (Art. 17º). está dedicado a reafirmar que: *“Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:*

A. Ser respetado en todas las ins-

- tancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.*
- B. Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.*
- C. Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.*
- D. Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas. Por fin, se establece claramente la diferencia*
- entre eutanasia activa y cesación de medios de asistencia mecánica o electrónica, cuando la situación clínica es claramente irreversible. La futilidad terapéutica es una manera elegante de mencionar el “encarnizamiento terapéutico”, aquel que se comete cuando a pesar de todas las evidencias, se prolonga la agonía con tratamientos inútiles, inhumanos y costosos.
- E. Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.*
- F. Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación”.*

El conocimiento de su situación de salud

Otro capítulo está dedicado a ex-

plicitar este derecho, con el siguiente texto (Art. 18°): “*Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:*

- A. *Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.* Este es un detalle que a menudo se omite en la comunicación breve y sintética entre el médico y el paciente. Algunas veces dando por sobreentendido que el paciente sabe de qué se trata, y otras, actuando con un criterio “paternalista” que las modernas concepciones de la bioética, referidas a la autonomía del paciente, han desterrado ya hace décadas.
- B. *Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud. En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso*

de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber). Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

- C. *Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.* El personal de salud debe ser claramente identificado, se debe presentar al paciente, y entablar con él una relación de cordialidad, que es parte del humanismo esencial en el vínculo diagnóstico y terapéutico. En esto hay cuestiones que hacen a la educación lisa y llana, no a la formación profesional, pero que resultan inadmisibles en una vinculación de salud. A menudo, la falta de estos elementos, tan obvios pero tan poco recordados, son algunos de los que van haciendo perder el profesionalismo que se reclama.

La historia clínica: ¿a quién pertenece?

- D. *Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de*

su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita. En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario. La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. Éste resulta ser a menudo un tema capital y generalmente ignorado, por los profesionales de la salud y —lo que es más grave aún— por los directores técnicos

de las instituciones públicas o privadas, que niegan al paciente suministrarle información o una copia de su historia clínica, la cual indiscutiblemente le pertenece. Eso con independencia de la finalidad que el paciente quiera darle a esa copia. Fuera para llevar a otro hospital u otro profesional. Fuere para entablar una reclamación legal (demanda o denuncia) o administrativa por la atención recibida. La historia clínica es propiedad del paciente, aunque el soporte (de papel, electrónico, etc.) sea propiedad de la institución. Pero es obligación darle una copia, si el paciente así lo solicita. Esto, a pesar de que hace más de 20 años que se viene repitiendo en decretos, normas, seminarios y jornadas, no ha entrado con fuerza suficiente, y es motivo de debate injustificado, debido a la famosa ignorancia. Es una oportunidad de reafirmar legalmente ese derecho, que ya no admitirá más discusión. Vale la pena recordar, aunque la ley no lo recoge, que por Decreto del Poder Ejecutivo del 17 de julio de 2007, el o los médicos que han tomado parte en la atención de un paciente, tienen el mismo dere-

cho que éste a hacerse de una copia de la historia clínica, para responder por eventuales reclamaciones. En las mismas condiciones, vale decir, haciéndose cargo del costo de la copia. *El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediar orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal*⁵.

Enfermedades estigmatizantes

- E. *Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente —ante requerimiento expreso de los mismos— conozcan la*

5. Código Penal, Art. 302. (Revelación de secreto profesional): El que, sin justa causa, revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con multa de 100 U.R. (cien unidades reajustables) a 600 U.R. (seiscientos unidades reajustables). Nota: La Ley 17.838 de 24.9.2004, sobre protección de datos personales de informes comerciales, en su art. 7 dice: “Las personas que por su situación laboral u otra forma de relación con el responsable de un archivo, registro o base de datos o similares tuvieren acceso o intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales, están obligados a guardar estricto secreto profesional sobre los mismos (artículo 302 del Código Penal), cuando hayan sido recogidos de fuentes no accesibles al público. Lo previsto no será de aplicación en los casos de orden de la Justicia competente, de acuerdo con las normas vigentes en esta materia o si mediare consentimiento del titular. Esta obligación subsistirá aún después de finalizada la relación con el titular del archivo, registro, base de datos o similares”. (En: Código Penal y Leyes Penales Especiales, Edición a cargo de Miguel Langón Cuñarro, Ediciones del Foro, Montevideo, marzo de 2006, pp.159).

situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste. En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión. Esto que hace al resguardo del pudor, la intimidad y el honor del enfermo, debe ser custodiado celosamente por el profesional que lo atiende, por todo el personal que tiene acceso a dicha información y por la institución. A menudo ha sido causa de discriminación y persecución laboral, el conocimiento dado por un miembro del equipo de salud de una enfermedad socialmente estigmatizante (caso de los portadores del VIH-SIDA), lo que ha planteado problemas legales en el ámbito del Derecho Laboral y del Derecho Civil. Por tanto, es muy oportuno que a través de una ley se establezca claramente el derecho del paciente de no revelar su condición, siempre que no exista peligro para la salud pública.

Agotamiento de las posibilidades terapéuticas

- F. *Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: “No Reanimar” impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.* Otra cuestión esencial que no estaba claramente legislada y daba a menudo ocasión de reclamo de los familiares de los pacientes, que siendo así tratados, con arreglo a los principios éticos nacional e internacionalmente aceptados, consideraban que se les había retaceado la atención. Muchos colegas han tenido que acudir a los juzgados penales por circunstancias como ésta que aquí se legisla, por primera vez, con claridad meridiana.
- G. *Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto no tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades*

de la institución o los profesionales actuantes.

- H. *Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.*
- I. *Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente. Puede parecer cosa de no creer, pero existen instituciones y profesionales que desconocen este derecho del paciente a pedir una segunda opinión. Y olímpicamente la niegan.*

La historia clínica completa y electrónica

Un artículo entero está dedicado a la Historia Clínica Electrónica (HCE) (Art. 19°), en los siguientes términos: *“Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio. Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artícu-*

los 129 y 130 de la Ley N° 16.002, de 25 de noviembre de 1988, en el inciso tercero del artículo 695 y en el artículo 697 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, y en el artículo 25 de la Ley N° 17.243, de 29 de junio de 2000". La HCE es un elemento básico de la actividad de prestación de servicios de salud en el siglo XXI. Ya hace más de 20 años que se aplica en los países avanzados; hace más de 10 que se realiza en los países vecinos. Es un atraso innegable de nuestro sistema de salud, que la HCE no se haya generalizado, tanto a nivel público como privado. La informática y la telemática, que tantos beneficios han traído a la vida moderna, y que se emplean para usos superfluos con prodigalidad, han sido sustraídas a la actividad clínica, generando no pocos problemas. Entre otros, todos los causantes de error en Medicina, por la lectura incorrecta de medicación indicada, dosis o vías de administración de fármacos, uno de los más frecuentes factores de la mala praxis. La falta de una HCE ha determinado también que en aras de la brevedad del contacto médico-paciente, se omita con frecuencia registrar hechos y datos que ulteriormente serán necesarios acreditar para cualquier reclamación o instancia de consulta ulterior, por el mismo o por otro profesional. Las instituciones han gastado verdaderas fortunas en implementar soluciones informáti-

cas para la actividad administrativa y burocrática (liquidación de sueldos y jornales, control de stock, registro contable, control de personal), pero son muy escasas las instituciones del país que han incorporado la HCE a sus prestaciones clínicas habituales. Lo que facilitaría la labor del médico y daría seguridad a los pacientes. Incorporarlo en la ley es otro enorme acierto. Y un desafío para las instituciones, que tomando esta disposición la incorporen rápidamente a sus prestaciones. Entrenando adecuadamente a los profesionales en su manejo. Existen en el país productos de software nacional de alta eficiencia que están disponibles por sumas muy moderadas.

Otro artículo (Art. 20°) en relación con lo anterior, asigna especial responsabilidad a las instituciones en la HCE: *"Es de responsabilidad de los servicios de salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen. El Poder Ejecutivo deberá determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas para todos los servicios de salud"*. Es natural que las instituciones tengan plena responsabilidad por esta materia, porque implica el manejo, la transferencia electrónica de datos y la custodia de un valor que tiene mayor significado que el dinero, para lo cual, generalmente se atiende preferentemente.

Derecho de privacidad

“El servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública”. (Artículo 21°). Este artículo tiene una redacción oscura, porque no se sabe si se quiso referir a las enfermedades de denuncia obligatoria. De todas formas no es redundante afirmar la obligación de denunciar, cuando se enuncian tantos derechos. No sea que algún distraído quiera inculpar al profesional o a la institución de violarle algún derecho.

Los deberes de los pacientes

Hasta ahora las normas preexistentes (particularmente el Decreto 258/92) establecían claramente los derechos de los pacientes, pero nada decían de sus obligaciones, salvo la referencia al Art. 44° de la Constitución que menciona el Art. 44° del mencionado Decreto.

La ley equilibra ambos campos, dándole al paciente la carga de algunas obligaciones básicas, cuya ignorancia puede llevar a consecuencias graves, al paciente, al profesional que le trata, a sus familiares, y a las instituciones. Es el contrapeso adecuado de los Derechos, el capítulo que corresponde a los Deberes.

Deber de informar

“Toda persona tiene el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República. Asimismo tiene obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del MSP, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal⁶. El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados”. (Art. 22°). Es positivo incorporar esta norma, por cuanto el ocultamiento de información clínica relevante, ya sea de hechos constatados por el paciente, o por antecedentes no manifestados, podrían torcer el curso de los gestos diagnósticos o terapéuticos del o de los profesionales actuantes. Este artículo pone de relieve la responsabilidad del paciente en brindar información adecuada y oportuna; su incumplimiento releva de responsabilidad al profesional y lo hace incurrir en falta al paciente.

6. Código Penal, Art. 224: (Daño por violación de las disposiciones sanitarias). **“El que mediante la violación a las disposiciones sanitarias dictadas y publicadas por la autoridad competente para impedir la introducción y propagación en el territorio nacional de enfermedades epidémicas o contagiosas de cualquier naturaleza, causare daño a la salud humana o animal, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión. Será circunstancia agravante especial de este delito si del hecho resultare un grave perjuicio a la economía nacional”.**

Seguir plan de tratamiento y controles

“El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria”. (Art. 23°).

Responsable de las consecuencias

“El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas”. (Art. 24°).

El alta “contra la voluntad médica”

“Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de ‘alta contra la voluntad médica’, quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad”. (Art. 24°).

Ambas disposiciones contenidas en los artículos 23 y 24 de la ley comentada, ubican claramente en el campo de la responsabilidad del pa-

ciente o su representante legal, por seguir el tratamiento indicado, las pautas de diagnóstico ordenadas, y las consecuencias por su incumplimiento de las directivas o el alta contra voluntad médica, que recoge, ahora en la letra de una ley, lo que había sido práctica corriente en los sanatorios y hospitales, pero no respaldada por una norma expresa. Aquí se acabarán las discusiones con el Poder Judicial respecto de la interpretación de la conducta del paciente omiso en el cumplimiento de su obligación, una vez aceptado el tratamiento.

Las infracciones a la ley

El último capítulo de la ley trata de las infracciones, y establece:

(Art. 25°): *“Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación”.*

(Art. 26°): *“Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, podrán juzgar la conducta profesional de sus afiliados de acuerdo a sus estatutos”.*

La primera disposición (Art. 25°) refiere a las sanciones que podrá im-

poner el MSP, por la vía de su Ley Orgánica (Decreto Ley 9.202 del 12 de enero de 1934), o sus Decretos Reglamentarios, Resoluciones y Ordenanzas.

La segunda (Art. 26º) es vinculada al juzgamiento de la conducta ética de los profesionales de la salud y demás trabajadores, ya que la conducta técnica es hasta ahora, y mientras no exista colegiación profesional obligatoria, materia que está cometida a la Comisión Honoraria de Salud Pública, a través del Decreto-Ley 9.202 del 12 de enero de 1934.

Es sabido que la Ley Orgánica del MSP tiene 75 años de promulgada y será necesario acometer la redacción de una normativa actualizada y moderna, como lo han hecho todos los países de la región y el mundo. Pero esa será materia de la próxima Legislatura, si es que alguien toma el guante de acometer esa noble tarea.

¿Qué futuro espera a esta normativa?

Si el Poder Ejecutivo y las autoridades de la salud, en primer término; los administradores de servicios de salud, en segundo lugar; los profesionales y funcionarios de los prestadores de salud, en tercer término, aprovechan y conocen estas normas y las llevan con eficiencia y eficacia a la práctica, los ciudadanos, cualquiera sea su ubicación, como prestadores o

como usuarios de servicios de salud, serán, sin duda, auténticos beneficiarios. Por el contrario, si de esta normativa, tan laboriosamente generada y aprobada, traspasando los obstáculos propios de la tarea legislativa, las envidias que corren en todos los ámbitos, no por las virtudes, sino por las imperfecciones de la naturaleza humana, no se obtienen los frutos que promete, será porque la mediocridad ambiental gana terreno y no tiene remedio. Creemos que, por el contrario, predominará el sentido común, el altruismo y la profesionalidad que invisten esta normativa, que viene a ponernos al día, luego de tantos años, y superando el “comité de obstáculos”, que no figura entre las comisiones institucionales de ningún ente, pero que está presente en todas partes, sentiremos que realmente hemos tenido un avance significativo. La historia pondrá, en su debido lugar, la importancia de este aporte.

EN RESUMEN: La Ley N° 18.335 aporta un cuerpo normativo de derechos y deberes de los usuarios de servicios de salud, de los profesionales y de las instituciones, cuya reglamentación será imprescindible hacer al menor plazo posible. No obstante, sus claras disposiciones brindan pautas de conducta para todos cuantos intervienen en la relación paciente-profesional-institución-Estado. Viene a llenar un inmenso vacío de nues-

tra legislación positiva en materia de salud. Constituye uno de los pilares básicos de la Reforma del Sistema de Salud, que no se agota en la legislación previamente aprobada en el año 2007, sino que continuará enriqueciéndose con nuevas normas que le den solidez y garantías para todos. Recoge los modernos conceptos de la doctrina en bioética y abre nuevas perspectivas para realizar la práctica

de la profesión y proteger los derechos de todas las partes. Sin duda, ahora las autoridades de la salud, las instituciones, los profesionales y las entidades que habrán de representar a los usuarios, tendrán nuevas y poderosas herramientas para mejor proceder.

***Médico, escritor. Miembro del CES**