

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

Situación actual y desafíos en el Ecuador

Quito, noviembre del 2009

LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

Situación actual y desafíos en el Ecuador

Artículos de:

Susana Cárdenas de Acosta, Carlos Torres S., Agustín García Banderas, Edmundo Estévez M., Myrian Elena Miranda Padrón, Marco R. García C., Martha Cantos y Luis E. Sarrazín Dávila

Los autores y autoras son responsables de sus respectivos artículos que no necesariamente reflejan los criterios de la OPS/OMS ni del CONASA.

© Organización Panamericana de la Salud OPS

ISBN: 978-9978-92-775-5

Diseño de portada: Santiago Cárdenas

Diseño de interiores: Martha Vinueza

Impresión: Imprenta Activa. Telf.: 2557458

Quito, noviembre de 2009

Se autoriza el uso de la información citando autor y fuente.

Directorio del Consejo Nacional de Salud (CONASA):

Doctora Caroline Judith Chang Campo: *Ministra de Salud Pública / Presidenta del CONASA*
Arquitecta María de los Angeles Duarte Pesantez: *Ministra de Inclusión Económica y Social*
Doctora María del Carmen Laspina Arellano: *Directora General de Salud*
Economista Fernando Heriberto Guijarro Cabezas: *Director General del IESS*
Doctor Mario José Fernando Astudillo Arroyo: *Delegado AFEME*
Doctor Gorki Espinoza Ruiz: *Representante Gremios de Profesionales*
Doctor Paolo Alessandro Marangoni Saravia: *Representante H. Junta de Beneficencia de Guayaquil*
Doctor Carlos Julio Arreaga Salazar: *Representante SOLCA*
CRNL. CSM. Doctor Byron Pasquel: *Director de Sanidad de las Fuerzas Armadas*
Ingeniero Edgar Geovanny Benítez Calva: *Representante CONCOPE*
Economista Francisco Asan Wonsang: *Presidente AME*
Doctor Alfredo Enrique Borrero Vega: *Representante Entidades Salud Privadas con fines de lucro*
Doctor Nelson Gerardo Oviedo V.: *Representante Entidades Salud Privadas sin fines de lucro*
Abogada Marianela Rodríguez León: *Representante Gremios de Trabajadores*
Doctora Narcisa Calahorrano Cabrera: *Directora Ejecutiva del CONASA*
Doctora Celia Riera Betancourt: *Representante OPS/OMS en el Ecuador*
Doctor Jorge Parra: *Representante UNFPA en el Ecuador*
Doctora Cristian Munduate: *UNICEF Ecuador*

Comisión Nacional de Bioética:

Dr. Edmundo Estévez: *AFEME. Presidente*
Dra. Patricia Merlo: *Dirección de Salud de la Policía Nacional. Vicepresidenta*
Crnel CSM Luis Maldonado: *Hospital de las Fuerzas Armadas*
Dr. Luis Sarrazín Dávila: *H. Junta de Beneficencia de Guayaquil*
Dra. Patricia Moncayo: *Federación Odontólogos del Ecuador*
Dra. Anabella Cifuentes: *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*
Dr. Carlos Torres: *Ministerio de Salud Pública*
Dr. Pablo Velasco: *PCYT Ministerio de Salud Pública*
Lic. Blanca Báez: *Federación de Enfermeras del Ecuador*
Dra. Alba Rhor: *SOLCA*
Dra. Susana Cárdenas: *ACHPE*
Dra. Carmen Perugachi: *Federación Médica Ecuatoriana*
Dr. Agustín García: *Sociedad Ecuatoriana de Bioética*
Dra. Cristina Merino: *Consultora OPS/OMS*
Lic. M. Elena Miranda: *Coordinadora Técnica CONASA*

Prólogo	
<i>Celia Riera</i>	7

Presentación	
<i>Narcisa Calahorrano</i>	9

PRIMERA PARTE
BIOÉTICA Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL ECUADOR

1. Hacia un plan de formación en bioética para las facultades de ciencias de la salud y medicina en el Ecuador	
<i>Susana Cárdenas de Acosta</i>	15
2. La bioética y la genética en la enseñanza universitaria de medicina	
<i>Carlos Torres S.</i>	37
3. La enseñanza universitaria de la bioética desde una perspectiva interdisciplinaria	
<i>Agustín García Banderas</i>	61

SEGUNDA PARTE
LA BIOÉTICA Y SUS FORMAS INSTITUCIONALES

1. Normatividad y gestión de los comités de ética de la investigación en el Ecuador	
<i>Edmundo Estévez M.</i>	87
2. Bioética, espacios ciudadanos de articulación y políticas públicas	
<i>Myrian Elena Miranda Padrón</i>	119

TERCERA PARTE
LA BIOÉTICA Y EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

1. La responsabilidad civil del médico en el Ecuador <i>Marco R. García C.</i>	139
2. El ejercicio de la enfermería y la bioética <i>Martha Cantos</i>	175
3. Fenomenología del acto médico y ética de la producción y prescripción de medicamentos <i>Luis E. Sarrazín Dávila</i>	199

ANEXOS

Anexo 1: Investigación sobre la situación de la bioética en las facultades de ciencias de la salud y medicina en el Ecuador.....	225
<i>Anexo 1.1:</i> Listado de universidades	226
<i>Anexo 1.2:</i> Formulario para diagnóstico de enseñanza de bioética en las universidades del Ecuador	231
<i>Anexo 1.3:</i> Resumen de resultados del diagnóstico de la enseñanza de bioética en las universidades del Ecuador	233
Anexo 2: Credo humanizador.....	239
Anexo 3: Política Nacional de Bioética	243



TERCERA PARTE

**LA BIOÉTICA Y EL EJERCICIO
DE LA MEDICINA**



LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MÉDICO EN EL ECUADOR

Marco R. García C.¹

“Yo he visto en varios hospitales que muchos se han quedado muertos fuera de sus muros y por falta de socorro han perecido miserablemente. Sin embargo pienso lo contrario de su institución. Mucha gente ha venido aquí, y aquí tiene alojamiento. Pero me ha extrañado una cosa, y es que por la noche muchos tienen que quedarse afuera”.

Robert Copeland. *The Hyeway to the Spytell Haouse*, 1536

1. Introducción

El avance de la medicina es agigantado. La medicina se ha transformado y los médicos de hoy disponen de técnicas maravillosas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Los pacientes que se enteran de los prodigios de la medicina consideran infalible a la medicina y ante un resultado

1 Magister en administración gerencial hospitalaria. Ex jefe del servicio de ortopedia y traumatología del Hospital General de las Fuerzas Armadas. Miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Secretario de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética.

no esperado, vienen las decepciones y aparece el litigio de la responsabilidad médica.

La relación médico paciente se ha deteriorado, el médico no aplica principios bioéticos en la atención de sus pacientes y los pacientes comienzan a ver sus médicos como responsables de situaciones no esperadas en la evolución de una patología o un tratamiento quirúrgico, fruto en la mayoría de las veces de la normal evolución de una enfermedad.

La responsabilidad médica surgida de su actuación profesional es una preocupación de los médicos a nivel universal. Los reclamos por responsabilidad médica inciden en la práctica asistencial, la relación médico-paciente y el gasto en salud

La gran mayoría de las reclamaciones por responsabilidad médica son producto de un inadecuado manejo de unos pocos aspectos del acto médico. Por ello creemos de utilidad para el médico práctico conocer algunos detalles de la práctica de la medicina, como también de aspectos relacionados con la Constitución y leyes vigentes en el Ecuador.

Se considera que la relación médico-paciente, la historia clínica y el consentimiento médico, aplicados bajo principios bioéticos son aspectos críticos de la mayor importancia práctica.

Los reclamos por real o presunta responsabilidad médica generalmente se originan en una ruptura de la relación médico-paciente, antes que en un daño o un error médico inexcusable.

El trato adecuado, la buena comunicación, la información suficiente, el consentimiento médico y el respeto al conjunto de los derechos del paciente son elementos claves en la prevención de los reclamos por responsabilidad médica.

Es necesario capacitar a los médicos en el conocimiento de leyes y reglamentos que rigen la práctica médica y en el conocimiento de principios bioéticos que sumados a su capacidad técnica en el área de su especialidad, permitan proporcionar al paciente un tratamiento de calidad con calidez y bajo la aplicación de principios bioéticos.

La aplicación de los principios constitucionales, leyes y reglamentos que rigen el derecho a la salud de los ecuatorianos y que regula la práctica médica por parte de los profesionales de la salud, más una oportuna asignación de recursos, permitirán que el Ecuador alcance niveles de calidad en la atención médica de los pacientes, sin distingo de carácter económico, ni discriminación social.

2. Conceptos generales

2.1. *La medicina como arte*

La medicina “es un conjunto cambiante de conocimientos, habilidades y tradiciones que se aplican en la preservación de la salud, la curación de las enfermedades y la mejoría del sufrimiento. Los límites de la medicina se confunden con la psicología, sociología, economía e incluso la herencia cultural. La enfermedad puede estar codificada en el genoma humano, y tal vez también en las privaciones de la pobreza e ignorancia. La medicina, por tanto, debe ocuparse no sólo de una molécula anormal, sino también de una infancia anormal. Como tal es una profesión abierta, lo que produce modestia y regocijo en aquellos que la practican como profesión”. (Wyngaarden, 1988: 1)

La capacidad médica se fundamenta en el continuo cambio producto de la investigación diaria y sacrificada de quienes

se han preparado para servir con amor a sus semejantes. Pero la práctica de la medicina es mucho más que la aplicación de conocimientos científicos porque la medicina debe centrarse en el paciente con absoluto respeto de sus derechos y fundamentada en principios bioéticos. En la época actual no se admite la actitud paternalista del pasado, en la que el médico decidía sobre lo que debería hacer sobre sus pacientes. Actualmente, el paciente y sus familiares tienen una activa participación en las decisiones sobre los tratamientos propuestos, luego de recibir una adecuada información de beneficios, alternativas, efectos secundarios, complicaciones y riesgos de los tratamientos propuestos.

2.2. *El paciente*

Del latín *pator*, *páteris*, *passus sum*, que significa ‘padecer’, hemos obtenido el término sanitario de paciente. En relación al enfermo, ‘paciente’ es una palabra más intensa. El que tiene una enfermedad no siempre la padece y, sobre todo, no siempre sufre. Y sin embargo, paciente es el que padece.²

El paciente se presenta ante el médico en un terreno extraño y poco familiar; esto es, en el medio estructurado y artificial del consultorio, clínica o cama hospitalaria. El paciente quiere que se le escuche, quiere expresar sus temores e inquietudes, desea compartir con el médico y que este se interese en ellos como seres humanos, con afecto y ternura, pero sin juzgarlos. Espera del médico que lo atienda con capacidad profesional en el área de su competencia; los pacientes desean que se les informe a un grado razonable, en un lenguaje comprensible. Un buen

2 www.elalmanaque.com/Medicina/.../paciente.htm -

médico es aquel que escucha a su paciente y que está siempre alerta a sus inquietudes.

2.3. El médico

El médico ingresa a una profesión con valores establecidos y tradiciones de conducta ética y responsabilidades. No obstante cada médico, como cada paciente, es peculiar. No es un instrumento incorpóreo que pueda conformarse en forma pasiva por la profesión, sino un ser humano con fuerzas y debilidades innatas que deben reconocerse para cumplir las expectativas de los pacientes y de la profesión, de las cuales son importantes también las normas que establece el médico para sí mismo. (Wyngaarden, 1988: 2)

El estudiante que se prepara para ser médico debe saber que es una profesión de servicio, que le permitirá vivir con dignidad, pero sin lujos. El futuro médico se prepara en las aulas y los hospitales para aprender a convivir y tratar el dolor ajeno. Actualmente, en la mayoría de las universidades del Ecuador, se ha incorporado la cátedra de humanidades que permite al estudiante de medicina obtener conocimientos sobre la bioética y su aplicación al campo médico.

El médico deberá estudiar toda su vida, en permanente actualización para estar al día con los continuos avances de la ciencia médica.

2.4. El acto médico

El acto médico, en el cual se concreta la relación médico-paciente, es una forma especial de relación entre personas. Por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivada por una alte-

ración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente. A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.³

El acto médico es hoy un tema de máximo interés para la sociedad, los médicos, y demás profesionales de la salud. Su correcta comprensión (el conocimiento de los factores o determinantes que limitan o posibilitan su ejercicio) puede ayudar a precisar adecuadamente las competencias y los campos profesionales actualmente en conflicto. Pero sobre todo, puede contribuir a esclarecer las causas del deterioro progresivo que desde hace algunas décadas afecta a su componente esencial, la relación médico-paciente, y que ha puesto en cuestión el rol social, la eficacia curativa y la filiación humanística de la medicina.⁴

3. La calidad en la atención médica

La calidad de la atención médica depende, en gran parte, de la aplicación de la ciencia y la tecnología, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos.

3 www.medspain.com/ant/n10.../Actomed.htm -

4 sisbib.unmsm.edu.pe/.../acto_médico_límites.htm -

Se debe recordar que, según Avedis Donabedian, la calidad de la atención de la salud es “el grado por el cual los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”.⁵ A su vez y en su opinión “la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grado variable”. (*idem*: 1743). Donabedian propone las siguientes definiciones para la aceptabilidad, eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, y legitimidad:

Aceptabilidad: Conformidad con los deseos y expectativas individuales de las personas.

Eficacia: Capacidad técnico-científica para lograr mejoras.

Efectividad: El grado de mejora de la salud obtenida con relación al máximo posible.

Eficiencia: Capacidad de reducir los costos sin disminuir las mejoras obtenidas.

Equidad: Conformidad con lo justo y razonable en la distribución de las acciones de atención médica y sus beneficios.

Legitimidad: Conformidad social expresada en principios, normas, costumbres, leyes y regulaciones.

3.1. Dimensiones en la calidad de la atención en salud

Avedis Donabedian (*idem*), el especialista más reconocido en el mundo sobre el tema, define calidad como la capacidad de

5 docentes.uacj.mx/.../Introd%20Admon%20Salud%20Pub/Donabedian.doc

lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos.

En las definiciones de calidad señaladas anteriormente, se deduce que implica varias dimensiones que merecen ser explicadas en detalle:

3.1.1. La dimensión técnica

Es la más importante, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y la tecnología (procedimientos y equipos) disponibles en favor del paciente. Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación.

La situación en el campo tecnológico es muy delicada en el Ecuador porque el nivel público no cuenta con el equipamiento moderno y suficiente para cubrir las necesidades de una población cada vez más demandante y los turnos para determinados exámenes son diferidos para muchos días, perdiendo tiempo valioso en el diagnóstico y tratamiento de las patologías. La situación es diferente a nivel privado, porque un buen número de hospitales y clínicas privadas ofrecen servicios con tecnología moderna, pero los costos no están accesibles a toda la población.

3.1.2. La seguridad

Esta se mide según el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición en particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que ésta se aplique. En el momento de iniciar la atención de un paciente, los servicios pueden incrementar mucho más los riesgos que los beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en

qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. En la dimensión de la seguridad se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

3.1.3. *La calidad es el servicio*

Donabedian (*idem*) considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto y permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular; lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención ya que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente y por ello en la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma.

3.1.4. *El costo racional de la atención*

Entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, mejorar la calidad e implementar tecnología moderna implica el incremento en los costos. Pero los costos se han incrementado aún más ante el aumento en las demandas por supuestas malas prácticas, porque muchos médicos solicitan exámenes, en ocasiones innecesarios, que elevan los costos. De allí que es necesario que existan protocolos de manejo universales de acuerdo al nivel operativo de la institución de salud, los mismos que deben ser la guía en la atención de los pacientes y a que a su vez deben servir para evaluar la calidad de atención brindada a los pacientes y disminuir los costos en la atención médica.

La dimensión del costo racional también se ve afectada por la atención que se debe prestar a usuarios de primero y segundo nivel que no deberían acudir a los hospitales de especialida-

des, en perjuicio de pacientes que realmente requieren de atención especializada. La solución sería una adecuada referencia y contrarreferencia de los pacientes, pero fundamentalmente depende de la concienciación de los pacientes mediante programas de educación.

Debe agregarse que la calidad tiene grados variables y puede ser analizada desde diferentes puntos de vista. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben ser empleados, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Éste evaluará los beneficios de su atención por variables subjetivas, como el trato que recibió, el lugar en el cual fue atendido, la oportunidad y confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido (la revisión de los síntomas, el mejoramiento de su condición funcional).

La calidad es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

3.3. La historia clínica

La historia clínica es el documento más importante en el proceso de la relación médico paciente y refleja la atención brindada al paciente. Por lo tanto, es el requisito indispensable para atender cualquier reclamo presentado ante las autoridades.

“La historia clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto

médico legal. La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos en la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbilidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.” (Expediente único para la historia clínica, pág. 1).

Los lineamientos establecidos en el Ecuador para el manejo de la historia clínica fueron aprobados mediante resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre del 2006. En él se ha establecido la historia clínica orientada por problemas propuesta por Lawrence Leed en 1994, una metodología innovadora, sistemática y ordenada de la información que rebasa el ámbito de la historia clínica tradicional. En esta historia clínica se habla del manejo del registro orientado por problemas en el que se incluye la guía de análisis.

Como vemos, las directrices sobre el manejo de la historia clínica en el Ecuador es muy clara, pero en la práctica, el manejo de la misma, tanto a nivel público y privado, no se cumple en forma eficiente. En los principales hospitales públicos podemos observar que los archivos de historias clínicas se encuentran aba-

rrotados y en los casos crónicos se constituyen en desordenados tomos, con hojas sueltas, que no garantizan un eficiente manejo de la información. En algunos centros públicos y privados se ha implementado registros electrónicos de la historia clínica que facilitan el manejo de la misma y que garantizarán conservar la información.

Otro problema en el país es que no existe una historia clínica única, porque cuando los pacientes emigran a otras ciudades se abren nuevos expedientes clínicos. Es de aspirar que, a futuro, se implemente una historia clínica única por paciente.

3.4. La bioética en la atención médica

3.4.1. El ejercicio médico actual

En los últimos años, el Ecuador ha pasado de la atención médica estatal y privada a la atención por múltiples prestadores: estatales, municipales, privados, sistemas prepagos, fundaciones privadas. Estas y otras posibles interrelaciones determinan un panorama cada vez más complejo, desordenado, que ha pasado a ser múltiple y con poder disperso.

Proliferan las facultades de medicina sin previa planificación de los recursos necesarios en salud; existe falta de liderazgo en la salud pública. Antes, los hospitales públicos, las universidades, el ministerio de salud, marcaban el rumbo con autoridad reconocida. Actualmente, cada entidad sanitaria funciona de manera casi autónoma, con limitados mecanismos de control. Existe controversia entre lo estatal y lo privado por la falta de aplicación, control y retroalimentación de aquello que está escrito y no se cumple.

Falta aplicación de la medicina preventiva y mayores recursos para la medicina curativa y de rehabilitación. El tratamiento de las patologías crónicas no dispone de recursos para su atención eficiente.

La intervención por especialidades ha producido una ruptura en la relación médico-paciente de tal manera que cada médico examina y analiza una parte del organismo, pero el ser humano integral es dejado de lado.

La pérdida de valores como la equidad, la solidaridad, la transformación de la cobertura y la calidad en temas de mercado son algunos de los principios que orientan la organización actual.

Las nuevas tecnologías son aplicadas en el país, pero son de acceso limitado y reservado a quienes disponen de recursos económicos suficientes. Pero los de mayores recursos, incluidos los funcionarios gubernamentales, no confían en los profesionales ecuatorianos y ante la más mínima dolencia emplean sus recursos y los del estado para ser atendidos en el exterior

3.4.2. *La bioética*

La bioética es un neologismo acuñado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1911-2002), el mismo que dedicó toda su vida a la investigación del cáncer y al cultivo del humanismo, mediante la exaltación de los valores éticos. (García, 2006: 45; Fracapani, 1999: 11)

La primera edición de la *Encyclopedia of bioethics*, preparada por W. Reich, definía a la bioética como “el estudio sistemático del comportamiento humano en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, cuando este comportamiento es

examinado a la luz de valores y principios morales”. (Aramini, 2007: 57)

Los cuestionamientos a esta primera definición indujeron a una nueva formulación del concepto de bioética, que en la segunda edición de la *Encyclopedia of bioethics* se define de la manera siguiente: “Bioética es un término compuesto derivado de las palabras griegas *bios* (vida) y *ethike* (ética). Ella puede ser definida como el estudio sistemático de las dimensiones morales –incluida la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas- de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, usando las diversas metodologías éticas en un marco interdisciplinario”. (Aramini, 2007: 58)

“Tradicionalmente la profesión médica, como las otras profesiones, ha regido su praxis ciñéndose a lo prescrito por los colegios deontológicos (obligaciones = lo que debe ser); pero en la actualidad las ciencias de la vida han recibido el impacto de los progresos vertiginosos de la ciencia y la tecnología en los confines de la vida, de las técnicas de reproducción asistida y la ingeniería genética, para no citar más que algunos y del daño que hace al hombre al ecosistema, todo lo cual ha planteado problemas éticos inimaginables para los profesionales de hace medio siglo; por esta razón y porque el mundo actual es esencialmente pluralista, se ha impuesto la bioética que ofrece métodos de resolución a través del análisis multidisciplinario”. (García, 2006: 53)

3.4.3. *Los principios bioéticos en salud*

Principio de beneficencia: manda hacer el bien. Es el principio fundamental, porque el personal de salud se encuentra formado para hacer el bien, no sólo al individuo enfermo sino a la

sociedad en su conjunto. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos. (Ciccone, 2005: 42; García, 2006: 61)

Principio de no-maleficencia: se basa en el principio hipocrático de *primum non nocere*, es decir, “ante todo, no hacer daño”. Este principio, algunos autores lo relacionan con el anterior, porque ningún profesional de la salud deberá utilizar sus conocimientos para ocasionar daños al enfermo. En la práctica se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios del paciente. (Ciccone, 2005: 42; García, 2006: 62)

Principio de autonomía: este es un moderno principio que se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, en uso de su autonomía, lo mejor que considere en su beneficio, luego de recibir las explicaciones adecuadas. Este principio que siempre ha estado ausente de la tradición médica, a pesar de la gran importancia que ha adquirido en los últimos años; durante muchos siglos el paciente nunca ha participado en la toma de decisiones y el médico era quien decidía; el deber del médico era “hacer el bien” al paciente, y el de éste, aceptarlo. (Ciccone, 2005: 41; García, 2006: 59)

Principio de Justicia: este principio se basa en dos hechos: (Ciccone, 2005: 43; García, 2006: 62)

- a) Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.
- b) Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el

máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria.

Estos cuatro principios adquirieron rápidamente una gran importancia, ya que resultaron muy útiles para los profesionales sanitarios que no eran expertos en cuestiones de bioética y que actuaban generalmente de forma empírica o intuitiva ante cualquier dilema moral que aparecía en su labor diaria con el enfermo.

En las últimas décadas, los principios de autonomía y de justicia cada vez adquieren mayor relevancia. El principio de autonomía, por la activa participación del paciente en la toma de decisiones en ejercicio de su autonomía, consta como derecho de los pacientes en la legislación ecuatoriana. El principio de justicia, tiene como precepto la distribución adecuada de los siempre escasos recursos asignados a la salud.

3.4.4. La relación médico-paciente

La relación entre el médico y el paciente debe caracterizarse por ser una relación interpersonal. El paciente se beneficia de las acciones del médico y el médico cada día aprende de sus pacientes. Todo médico tiene una deuda de gratitud con la sociedad y los pacientes, gracias a los cuales aprendió la medicina. Aunque el estudiante pague matrícula durante su enseñanza, el tener acceso a hospitales de la comunidad lo hace deudor con la sociedad y los pacientes. Todos hemos producido sufrimiento en el aprendizaje de la medicina. El progreso de la medicina se hace, la mayoría de las veces, a costa del dolor de nuestros semejantes. El pensar esto nos debe producir un sentimiento no sólo de gratitud sino de humildad. (Vélez, 1987: 121)

La relación médico paciente ha conservado su valor no obstante los grandes adelantos de los últimos tiempos. La medicina de hoy cuenta con descubrimientos notables para la determinación y alivio de las enfermedades; sin embargo, hay factores en la organización de la medicina actual que llevan al deterioro de la relación médico paciente al punto de que se habla de deshumanización de la medicina.

Debemos cambiar la relación médico-enfermo para situar al enfermo en lo que es: persona necesitada de ayuda. El médico, con su actitud, aún en las peores condiciones materiales, puede humanizar la medicina, y debe hacerlo, mediante una medicina biográfica, en el sentido de que la enfermedad es un acontecimiento que ocurre a la persona cuya vida es personal, biográfica, argumental y narrativa. Esto es deseable y posible hasta cierto punto: hay que hacer que el enfermo considere a su médico, lo conozca por su nombre, reciba de él un trato personal y humanizado.⁶

3.4.5. *El consentimiento informado*

El consentimiento informado en el área clínica debe entenderse como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de contar con la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. Los requisitos básicos son: libertad, competencia e información suficiente. Por lo tanto, tiene que entenderse como fruto de la relación clínica, siempre basada en dos pilares insustituibles e inconfundibles: la confianza y el proceso de información más o menos complejo. (García, 2006: 169, 340)

6 www.cuentayrazon.org/revista/doc/098/Num098_024.doc -

que incluye la comprensión del procedimiento propuesto, explicar en qué consiste, proponer las alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (con beneficios, secuelas y riesgos), con el fin de llegar a una decisión, ya sea de elección, de aceptación o de rechazo.⁷

En nuestro país, la Constitución Política de la República (art. 361), la Ley Orgánica de la Salud (art. 7) y el Código de Ética Médica del Ecuador (art. 15 y 16), señalan la obligación del consentimiento informado para la realización de todo procedimiento clínico o quirúrgico”.

El consentimiento informado en el área clínica, tiene que entenderse como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica.

El principio de autonomía es el fundamento del consentimiento informado que tiene gran importancia en la praxis médica actual. El médico tiene la obligación de informar al paciente de una forma adecuada e inteligible de los potenciales riesgos y beneficios de los tratamientos que se va a efectuar y de los exámenes auxiliares de diagnóstico que va a utilizar.

El uso este principio previene o disminuye la posibilidad de errores, negligencia y coerción a la vez que promueve en el médico su autocrítica. Pero su principal propósito es establecer la autonomía del paciente, promover su derecho a la autodeterminación y proteger su condición como un ser humano que se respeta a sí mismo.

Como requisitos del consentimiento informado, se deben cumplir por lo menos los siguientes:

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información: Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos. El intercambio comunicativo entre ambos (profesional – paciente), basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente.

Comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información.

Pero no para aquí la obligación ética del médico. Ante la duda debe ejercer su capacidad de persuasión, informando con lenguaje comprensible, al alcance del desarrollo intelectual de su paciente o de sus representantes, sobre cuál es el verdadero bien para éste, desde el punto de vista de su dignidad y su libertad y desde el punto de vista de la medicina, echando mano de su autoridad moral y académica.

Es importante recalcar que el consentimiento informado debe ser solicitado al paciente, y que debe ser otorgado por el paciente o su representante legal para cada acto individual médico o de investigación. Asimismo, tal consentimiento no se

puede otorgar para siempre, pues las circunstancias existenciales cambian durante el curso de una misma intervención médica o de una investigación científica. Solamente en casos muy especiales y en situaciones de emergencia puede actuarse sin la expresa manifestación de dicho consentimiento.

Es necesario tener siempre presente que el enfermo o en su defecto, su legítimo representante legal, es la primera persona responsable de su vida y de su salud. El médico que acepta ayudarlo toma el papel de quien colabora con el sujeto principal en una relación sinérgica, en la cual el mejor objetivo se logra solo cuando existe la cooperación entre el paciente y el profesional. Como médicos somos los mayores y más responsables artífices de esa indispensable cooperación.

4. El derecho a la salud

La Declaración Universal de Derechos Humanos recoge el derecho a la salud en el art. 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. Además el mismo artículo hace referencia a la salud materno-infantil: “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio tienen derecho a igual protección social”.⁸

8 www.un.org/es/documents/udhr/ -

La Constitución de la República del Ecuador, en el Art. 32, señala que: [Derecho a la salud]. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. Este derecho se explicita para las personas adultas mayores (art. 37).

La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud:

- a. Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c. Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d. Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e. Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f. Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confiden-

- cialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- g. Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
 - h. Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública;
 - i. Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
 - j. Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;
 - k. Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
 - l. No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento

previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida”.

La misma Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los servicios de salud (art. 180 y 186) establece la regulación del funcionamiento de los servicios de salud”.

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente en el capítulo sobre los derechos del paciente (art. 2-7) señala los derechos de los pacientes: atención digna, a no ser discriminado, derecho a la confidencialidad, a la información, a decidir.

El Código de Ética Médica del Ecuador, en el capítulo sobre los deberes y derechos del médico para con los enfermos, norma (art. 6, 7, 15-19) las obligaciones de los médicos: ser responsable de la situación del paciente, llevar una ficha clínica, a intervenir bajo autorización, a realizar anestias e intervenciones complejas con los medios suficientes y advertir sobre las patologías y diagnósticos.

La Ley del Anciano hace referencia a la obligación del Estado de garantizar al adulto mayor el derecho a un nivel de vida que asegure la salud y la asistencia médica (art. 2, 7).

Aunque la Constitución Política del Ecuador y sus leyes y reglamentos han establecido claramente el derecho a la salud de los ecuatorianos, el problema es el cumplimiento de los preceptos constitucionales, para lo cual la autoridad sanitaria nacional debe exigir los recursos económicos que permitan dar cumplimiento a lo señalado por la carta magna. Además, le corresponde vigilar el cumplimiento de las disposiciones para la atención privada.

5. La responsabilidad

“Solo el ser humano es responsable. La responsabilidad, la autonomía y la libertad son los mismos. El simple hecho de tener cosas, poseer desde un trabajo a una familia, pasando por propiedades de muy diverso tipo, llave anejas diferentes responsabilidades”.⁹

La responsabilidad, en general, no viene a ser otra cosa que el deber de asumir las consecuencias de un daño por dos vías legales: la responsabilidad penal, que busca sancionar; y la responsabilidad civil, que busca la reparación de un daño.

5.1. La responsabilidad civil¹⁰

La responsabilidad civil consiste en la obligación que recae sobre una persona de reparar el daño que ha causado a otro, sea en naturaleza o bien, por un equivalente monetario, (normalmente mediante el pago de una indemnización de perjuicios). Díez-Picazo define la responsabilidad como “la sujeción de una persona que vulnera un deber de conducta impuesto en interés de otro sujeto a la obligación de reparar el daño producido”. Aunque normalmente la persona que responde es la autora del daño, es posible que se haga responsable a una persona distinta del autor del daño, caso en el que se habla de «responsabilidad por hechos ajenos», como ocurre, por ejemplo, cuando a los padres se les hace responder de los daños causados por sus hijos, o al propietario del vehículo de los daños causados por el conductor.

9 www.lacavernadeplaton.com/.../responsabilidad00.htm -

10 es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad_civil -

La responsabilidad civil puede ser contractual o extracontractual. Cuando la norma jurídica violada es una ley (en sentido amplio), hablamos de responsabilidad extracontractual, la cual, a su vez, puede ser delictual o penal (si el daño causado fue debido a una acción tipificada como delito), o cuasi-delictual o no dolosa (si el perjuicio se originó en una falta involuntaria). Cuando la norma jurídica transgredida es una obligación establecida en una declaración de voluntad particular (contrato, oferta unilateral, etcétera), hablamos, entonces, de responsabilidad contractual.

El código civil del Ecuador no hace ninguna referencia a la forma de los contratos en el campo médico y es obligación de los assembleístas, revisar las legislaciones de otros países, para actualizar la legislación médica del Ecuador que debe quedar claramente establecida, a fin de que los pacientes sientan la seguridad en la atención médica y que también los médicos trabajen en un ambiente de confianza, que evite la práctica de la medicina defensiva, como sucede, por ejemplo, en Estados Unidos, donde el excesivo número de demandas a los profesionales, por supuestas malas prácticas médicas, ha llevado al retiro de prestigiosos profesionales.

5.2. Responsabilidad contractual: obligaciones de medios y de resultados

Las obligaciones se clasifican habitualmente como de medios y de resultados, y tiene una gran importancia a la hora de determinar la responsabilidad civil contractual. El incumplimiento, que es uno de los requisitos básicos para que la responsabilidad se produzca, dependerá de la clase de obligación.

Cuando una norma o un contrato obligan a una persona a alguna cosa determinada, sea ésta una acción o una abstención (hacer o no hacer algo), esta obligación es considerada de resultado. Tal es el caso de un transportista que se obliga a llevar determinada mercancía a un destino en particular. Aquí la responsabilidad es prácticamente automática, pues la víctima sólo debe probar que el resultado no ha sido alcanzado, no pudiendo entonces el demandado escapar a dicha responsabilidad, excepto si puede probar que el perjuicio proviene de una causa ajena (por ejemplo, que se debe a un caso fortuito o de fuerza mayor).

Por otra parte, en aquellos casos en que una norma o un contrato sólo obligan al deudor a actuar con prudencia y diligencia, la obligación es considerada de medios. Este es el caso de la obligación que tiene un médico respecto a su paciente: el médico no tiene la obligación de sanarlo, sino de poner sus mejores oficios y conocimientos al servicio del paciente, es decir, de actuar en forma prudente y diligente (aunque hay excepciones, en algunos casos el médico asume una obligación de resultado, como ocurre en la cirugía estética voluntaria). En estos casos, la carga de la prueba le corresponde a la víctima o demandante, quien deberá probar que el agente fue negligente o imprudente al cumplir sus obligaciones.

En el caso de la obligación de medios es más difícil probar la responsabilidad civil, dado que el incumplimiento no depende sólo de no haber logrado el resultado (en el ejemplo anterior, sanar al paciente), sino que habría que demostrar que pudo ser posible haberlo logrado si el obligado hubiese actuado correctamente.

5.3. Responsabilidad extracontractual

Surge cuando el daño o perjuicio causado no se origina en una relación contractual sino en cualquier otro tipo de actividad.

La responsabilidad extra contractual puede definirse como “aquella que existe cuando una persona causa, ya por sí misma, ya por medio de otra de la que responde, ya por una cosa de su propiedad o de que se sirve, un daño a otra persona, respecto de la cual no estaba ligada por un vínculo obligatorio anterior relacionado con el daño producido” (*idem*). Esta área del Derecho Civil también se conoce como delitos y cuasidelitos civiles (fuentes de las obligaciones). Las fuentes principales de las obligaciones extracontractuales son el hecho ilícito y la gestión de negocios.

Un caso de responsabilidad extracontractual es el que puede surgir por los daños y perjuicios causados a terceros como consecuencia de actividades que crean riesgos a personas ajenas a la misma (por ej., la conducción de un automóvil, el desarrollo de una actividad industrial).

Otro supuesto es el de la responsabilidad por daños causados por bienes propios: cuando se desprende un elemento de un edificio y causa lesiones a quien pasa por debajo; cuando alguien sufre un accidente por el mal estado del suelo... También se es responsable por los daños y perjuicios que originen los animales de los que se sea propietario.

La responsabilidad puede tener su origen en actos de otra persona por la que debemos responder: un padre es responsable de los daños y perjuicios que cause su hijo menor de edad; un empresario, por los que causen sus empleados.

El Estado puede ser responsable también por errores judiciales, por accidentes causados por el mal estado de las carreteras, etc.

5.4. La responsabilidad penal¹¹

La responsabilidad penal es la consecuencia jurídica de la violación de la ley, realizada por quien siendo imputable o inimputable, lleva a término actos previstos como ilícitos, lesionando o poniendo en peligro un bien material o la integridad física de las personas.

La responsabilidad penal es, en Derecho, la sujeción de una persona que vulnera un deber de conducta impuesto por el Derecho penal al deber de afrontar las consecuencias que impone la ley. Dichas consecuencias se imponen a la persona cuando se le encuentra culpable de haber cometido un delito o haber sido cómplice de éste. La responsabilidad penal la impone el Estado, y consiste en una pena que busca castigar al delincuente e intentar su reinserción para evitar que vuelva a delinquir.

También podrá ser común o especial. Común, cuando el delito cometido puede ser realizado por cualquier individuo (robo, violación, asesinato). Especial, cuando el delito es cometido por un funcionario público aprovechándose de su condición.

La responsabilidad penal no busca resarcir o compensar a la víctima del delito, sino que esa será una responsabilidad civil independiente y derivada del acto delictivo. Sería un tipo de res-

11 es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad_penal -

ponsabilidad civil extracontractual por producir un acto lesivo para otra persona.

En ocasiones, dichos conceptos se confunden y sobre todo en el derecho anglosajón, dado que ambas responsabilidades pueden llevar a obligaciones pecuniarias. Sin embargo, existen varias diferencias:

Su finalidad es distinta: La responsabilidad penal sanciona, y la civil repara un daño. Normalmente el destinatario también es distinto. La responsabilidad penal se suele pagar al estado; la civil, a la víctima.

5.5. La responsabilidad médica

El concepto de responsabilidad médica aparece ya en los años 2392 a. C., cuando el código del rey Hammurabi dedicaba al menos nueve artículos, de los 282 de que constaba, a las faltas y castigos para los médicos. Y así entre otros preceptos establecía: “si un médico abre a alguien una gran herida con el cuchillo de bronce y lo mata, o si vacía a alguien una cavidad con el cuchillo de bronce y le deja sin ojo se le deberán cortar las manos”. También en este código se encuentra el concepto más primitivo de contrato o pacto entre médico y enfermo, donde a cambio de la prestación del servicio de uno, el otro quedaba obligado a pagar en monedas o especies.¹²

Posteriormente, en Roma, surgió la ley de Aquilia que regía a los médicos. En ésta se hablaba por primera vez de la *culpa gravis* que ha servido de base a muchas legislaciones.

12 distritos.telepolis.com/1395/lib/e.../Codigo_de_Hammurabi.pdf -

En todos los tiempos y en las distintas civilizaciones hubo médicos que, aunque con distintas metodologías o creencias, debieron responder de su bien hacer, ya fuese ante el pueblo, el juez o el jefe de la tribu.

La responsabilidad médica es parte de la responsabilidad profesional y tiene relación directa con el accionar médico, ya sea por una atención médica, una intervención quirúrgica, un procedimiento, etc. Desde el punto de vista de la legislación ecuatoriana, se encuadra en lo señalado por el art. 202 de la Ley Orgánica de Salud.

En este sentido, Lacassagne señala, en una cita de Andrés Ycaza Palacios sobre la responsabilidad médica en el Ecuador, que, “la responsabilidad médica es la obligación para los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas por ellos cometidas que pueden comportar una doble acción, civil y penal”. Manifestando seguidamente que “debe entenderse bajo este concepto la responsabilidad que afecta al médico por sus actos u omisiones que puedan considerarse culpables, ya sea por imprudencia, descuido, ligereza o por error en la administración de medicamentos o en la ejecución de operaciones o en la emisión de juicios científicos, en las actuaciones periciales o, en fin, en cualquier acto en que intervenga en calidad de facultativo”.¹³

5.5.1. *La responsabilidad médica en el Ecuador*

La Constitución Política del Ecuador, en el art. 54, establece las responsabilidades civil y penal de las personas y entidades que prestan servicios públicos y en el art. 363, establece

13 www.derechoecuador.com/index.php?... -

las responsabilidades del estado sobre la salud a lo largo de 8 literales.

El art. 54 de la Constitución Política se refiere en general a las personas o entidades que presten servicios públicos y se hace referencia a la mala práctica en el ejercicio de su profesión, lo que claramente determina que la práctica médica debe atender a esta responsabilidad establecida en la Constitución.

Asimismo, el art. 361 describe la obligación del estado para ejercer la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, y el 362 identifica los actores del servicio público y las características fundamentales: “seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.

La gratuidad y universalidad de los servicios públicos estatales de salud es una realidad sólo en el papel, porque los familiares deben adquirir la mayoría de insumos y medicamentos para la atención de los pacientes en una entidad pública. Esto se ratifica a diario cuando vemos en televisión las ayudas económicas que se solicitan para la atención de pacientes.

El Código Penal del Ecuador (art. 14 y 15) señala en forma general que las infracciones de responsabilidad culposa pueden ser consideradas en el ámbito médico cuando no se ha dado cumplimiento a las normas y reglamentos o en el caso de negligencia, imprudencia o impericia.

En el Código Penal del Ecuador se describen cuáles son los delitos y las faltas que se pueden cometer como consecuencia de la actividad médica así como sus correspondientes sanciones, específicamente para los casos de aborto no consentido (art. 441), aborto preterintencional (art. 442), aborto consentido (art. 443), aborto voluntario consentido (art. 444), aborto letal (445), aborto efectuado por profesional de la salud (446), y las condiciones del aborto terapéutico y eugenésico (art. 447).

Consideramos que la vida debe ser protegida desde la concepción y nuestras leyes han establecido claramente las sanciones por los delitos de aborto. Lo que la ley no ha establecido es el derecho a la objeción de conciencia por parte del médico, cuando en casos de aborto terapéutico o eugenésico, los principios éticos y morales individuales serán los que determinen si determinado médico acepta o no la realización del procedimiento abortivo.

5.5.2 Responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional en el Ecuador

El Art. 199 de la Ley Orgánica de la Salud se señala que: “Corresponde a la autoridad sanitaria nacional la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria”.

Este artículo establece no solo la investigación y sanción por parte de la autoridad sanitaria nacional, sino también abre campo para la acción de la justicia ordinaria. De hecho, cada vez con más frecuencia se denuncian supuestos casos de mala práctica médica, que son investigados por la fiscalía. Aquí debemos anotar que se refieren al “ejercicio de las profesiones de la salud”.

Pero no hay que olvidar la práctica de las medicinas tradicionales y alternativas plenamente reconocida en la Ley Orgánica de la Salud, en sus art., 189 al 192, respecto a la cual el Art. 191 señala que “la autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas”. No obstante, las sanciones apuntan exclusivamente a los profesionales de la salud.

Otros artículos de la misma ley prevén otros casos susceptibles de sanción: amparar con un título a personas no autorizadas (art. 200), generar daño al paciente por impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia (art. 202).

6. Amparo al paciente en situaciones de emergencia, infracciones y sanciones

La Constitución (art. 365) establece que, por ningún motivo, los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia.

Varias leyes amparan al paciente en situación de emergencia y establecen sanciones a las infracciones por inobservancia en el cumplimiento de las normas, impericia en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia, imprudencia con omisión del cuidado o diligencia exigible, y negligencia con omisión o demora injustificada en su obligación profesional.

Debemos anotar que, en relación a las infracciones en la práctica médica, se encuentra vigente la Ley Reformada y Codificada de la Federación Médica Ecuatoriana para el Ejercicio, Perfeccionamiento y Defensa Profesional, la misma que señala

las funciones y atribuciones del Tribunal de Honor para juzgar y establecer sanciones (art. 22-26).

7. Aplicación de la ley

Como podemos ver, en el Ecuador existe legislación en la Constitución Política, el Código Penal, la Ley Orgánica de la Salud, la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, el Código de la Salud, Ley del Anciano y la Ley Reformada y Codificada de la Federación Médica Ecuatoriana para el Ejercicio, Perfeccionamiento y Defensa Profesional, que establecen los derechos y deberes del Estado, de las instituciones y de los profesionales de la salud para la atención de los pacientes.

Pero se requiere que toda esta legislación sea revisada en forma integral para ser aplicada en forma eficiente y, además, se realice una amplia difusión debido al desconocimiento total o parcial de su existencia y aplicación. Con un conocimiento legal adecuado los profesionales de la salud estaremos en condiciones de cumplir con el deber fundamental de garantizar la salud integral de los ecuatorianos, fundamentada en la equidad, solidaridad y con la aplicación de principios bioéticos, como lo establece la Constitución Política del Ecuador.

Bibliografía

Textos

ARAMINI, Michele

2007 *Introducción Bioética*. Taller San Pablo, Bogotá.

CICCONE, Lino

2005 *Bioética*, Ediciones Palabra, Madrid.

COE, Rodney

1973 *Scociología de la Medicina*. Alianza Editorial, Madrid,.

DONABEDIAN, A.

1988 *The quality of care: How can it be assessed?* JAMA.

FRACAPANI, M., L. Giannaccari; A. Bochaty y C. Bordin

1999 *Bioética*. Editorial Lumen, Buenos Aires.

GARCÍA, A., y E. Estévez

2006 *Temas de Bioética y Genoética*. Imprenta Terán, Quito.

GONZÁLEZ, Luis

2006 *De la Bioética al Bioderecho*. Editorial Dykinson, Madrid.

VÉLEZ, Luis

1987 *Ética Médica*. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín.

WYNDERGARDEN, J y Ll. Smith: Cecil

1988 *Tratado de Medicina Interna*. Nueva Editorial interamericana, México.

Leyes y Reglamentos del Ecuador

Constitución Política del Ecuador, en *Leyes Especiales I*, Corporación de Estudios y Publicaciones, Actualizado a enero de 2009.

Código Penal del Ecuador, Corporación de Estudios y Publicaciones, Actualizado a enero de 2009.

Ley Orgánica de la Salud del Ecuador. Suplemento – *Registro Oficial* N° 423–
Viernes 22 de Diciembre del 2006

Código de Ética Médica del Ecuador

<http://www.bioetica.org/ecuadoretica>

Ley Orgánica de Defensa del Consumidor

www.supertel.gov.ec/.../128-ley-organica-de-defensa-del-consumidor -

Ley de Derechos y Amparo del paciente (Ley No. 77)

www.dpsp.gov.ec/salud/Docs/baseslegales/once.pdf -

Ley del Anciano

www.dpsp.gov.ec/salud/Docs/baseslegales/once.pdf -

Ley Reformada y Codificada de la Federación Médica Ecuatoriana para el Ejercicio, Perfeccionamiento y Defensa Profesional (Decreto Supremo No. 3576-A)

Expediente único para la Historia Clínica, Aprobado mediante resolución del Directorio del Consejo nacional de Salud del 25 de octubre del 2006

Páginas Web

www.elalmanaque.com/Medicina/.../paciente.htm -
www.medspain.com/ant/n10.../Actomed.htm -
sisbib.unmsm.edu.pe/.../acto_médico_límites.htm -
docentes.uacj.mx/.../Introd%20Admon%20Salud%20Pub/Donabedian.doc -
docentes.uacj.mx/.../Introd%20Admon%20Salud%20Pub/Donabedian.doc -
www.cuentayrazon.org/revista/doc/098/Num098_024.doc -
www.bioetica.org.ec/ -
www.un.org/es/documents/udhr/ -
www.lacavernadeplaton.com/.../responsabilidad00.htm -
es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad_civil -
es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad_penal -
distritos.telepolis.com/1395/lib/e.../Codigo_de_Hammurabi.pdf -
www.derechoecuador.com/index.php?... -