

Protección y tutela de los derechos del usuario en el Sistema Nacional de Salud

Protection and guardianship of the rights of the users in the National Health System

Dr. Juan Siso-Martín¹

Resumen

Atender la salud de las personas es una antigua ocupación. Ha cambiado notablemente con la evolución de la Medicina, aunque siempre debe de considerarse que el fin a perseguir es el bienestar de las personas y no el avance técnico en sí mismo.

Los poderes públicos, conforme dispone la Ley Fundamental Española, son los responsables de dispensar las prestaciones sanitarias a los ciudadanos. Cuando no sucede así puede deberse a las siguientes razones: Imposibilidad jurídica (no tener derecho a ello) o imposibilidad clínica (no ser posible o no ser conveniente en este terreno). Puede suceder que, sin darse ninguna de estas premisas, no se haga llegar al paciente, en todo o en parte, la prestación debida, en cuyo caso hay un deficiente funcionamiento y la consiguiente responsabilidad.

Cualquier asistencia en el terreno clínico ha de someterse a ineludibles patrones éticos, deontológicos o legales, entre los cuales cobra especial relieve el de dispensar una asistencia humanizada. No debemos olvidar que en la relación asistencial el paciente es la parte más débil y necesitada. *Rev. CONAMED. 2009; 14 (1):39-44.*

Palabras clave: Bienestar de las personas, legislación para los usuarios del servicio de salud, deberes de los usuarios de los servicios de salud, imposibilidad clínica y jurídica, responsabilidad.

Abstract

To attend to the health of the persons is an old (a former) occupation. It has changed notably with the evolution of the Medicine, although it must always be considered that the end purpose is the pursuit of the well-being of the persons and not the technical advance by itself.

The public administration, as it is written in the Fundamental Spanish Law, is the responsible in charged of distributing the sanitary services to the citizens. When this does not happen, it can be due to the following reasons: juridical Impossibility (not have right to it) or clinical impossibility (not to be possible or not to be suitable in this area). But It can happen that, without giving any of these premises, the patient, either totally or partially, don't receive the due service, in which case there is a deficient functioning of the service and the consequent accountability.

Any assistance in the clinical area has to be rendered under the unavoidable ethical, deontological, or legal models, among them should be specially highlighted the distribution of a humanized assistance. We must not forget that in the medical assistance relationship, the patient is the weakest and disadvantaged part.

Key words: well-being of the persons laws of the users of the health services, duties of the users of the health services, sanitary services to the citizens, juridical impossibility, clinical impossibility, responsibility.

¹ Doctor en Derecho Público y Docente en Derecho Sanitario.

Correspondencia: Dr. Juan Siso Martín. Calle Santa Isabel 10, 3ªA-40004 Segovia (España). Correo electrónico: parcelso.2000@gmail.com.

Introducción

El proceso de enfermar es, evidentemente, tan antiguo como el ser humano y desde el origen de los tiempos hubo quien atendió estas necesidades de salud, primero de forma empírica y espontánea. Esta relación fue, con el paso del tiempo, profesionalizándose y convirtiéndose en una dedicación. Configurada, desde antiguo, esta relación entre la parte doliente y la parte sanadora, ha sufrido una notable evolución. Desde el médico - sacerdote, pasando por el médico - científico al modelo actual se han sucedido muchas etapas en una evolución crecientemente acelerada con el paso del tiempo. De Hipócrates y Galeno a Fleming y Barnard han transcurrido siglos de evolución de la ciencia médica, pero los descubrimientos más decisivos y notorios han surgido en las últimas décadas, tan sólo. Se dice que la medicina ha avanzado más en los últimos treinta años, que en los treinta siglos anteriores. El desciframiento del genoma humano, las posibilidades de la medicina predictiva, la proteómica o cualquiera de las manifestaciones de manipulación genética, con sus luces y sus sombras, tienen aún sólo unos pocos años.

Es notable y positivo, sin duda, este avance científico pero debemos de poner cuidado en que no se pierda de vista al paciente, auténtico sujeto de la asistencia y hemos de considerar que el fin perseguido debe ser el bienestar de las personas y no el avance científico por sí mismo. De otro modo corremos el riesgo de identificar tecnología con progreso y convertirnos en adoradores de este moderno becerro de oro. El verdadero progreso, en su dimensión social, ha venido marcando la transición de los diversos modelos sanitarios. Hemos pasado de la medicina centrada en los profesionales (medicina basada en la experiencia), a la medicina centrada en los recursos (medicina basada en la eficiencia) y de ésta a la centrada en la ciencia o medicina basada en la evidencia, tan en boga actualmente. Asistimos ya a un cambio cultural importantísimo, en el que, sin perder de vista la importancia de los valores eficiencia y evidencia, aparece el ineludible sustrato de la dignidad de pacientes y usuarios. Es el tiempo de la medicina basada en la autonomía.

Los modelos actuales de gestión sanitaria y de entendimiento, en definitiva de la relación con los pacientes, son muchos, pero se polarizan en torno a dos posiciones bien definidas son la bio médica y la humanística, caracterizadas por las siguientes notas:

- Idea de salud: en la primera este concepto supone un equilibrio orgánico funcional, al modo clásico, cartesiano, mientras que la visión humanística es el equilibrio integral de la persona.
- Idea de medicina: el modelo bio médico es mecanicista, a diferencia del planteamiento humanístico expresado, de la persona como conjunto.

- Figura del médico: Es un técnico científico para la tesis bio médica, en tanto que el modelo humanístico plantea el modo humano relacional.
- Valores en juego: la tesis bio médica considera el diagnóstico como el objetivo de la relación asistencial, mientras que en modelo humanístico es sólo un medio para la atención a la persona.
- Autonomía del paciente: la relación bio médica es vertical y por ello imperan el principio de beneficencia y el privilegio terapéutico, siendo considerada, en el modelo humanístico, la autonomía como soporte básico de la relación asistencial.
- Relación médico paciente: en el concepto bio médico es paternalista y asimétrica, mientras que bajo el concepto humanístico es simétrica y horizontal, persiguiendo la motivación de ambas partes.

Derechos de los pacientes

Consolidada la relación de los pacientes en el medio sanitario como bidireccional con la administración sanitaria o con un sistema de salud, se dibuja el estatuto jurídico de cada una de las partes y el contenido de derechos y deberes que funcionan, lógicamente, de manera recíproca.

Los derechos de los pacientes podemos, en cualquier sistema o formato sanitario, clasificarlos en tres grandes apartados:

- De naturaleza fundamental: Se trata de aquellos derechos que suelen ser objeto de protección constitucional y encontrarse reconocidos en las más altas normas de un país. Atañen a los bienes jurídicos más preciados de la persona. Podemos incluir la autonomía personal, la intimidad, la confidencialidad y la dignidad.
- De carácter instrumental: Hacen referencia a aquellos derechos que permiten utilizar el conjunto prestacional de un sistema sanitario. Hablamos del derecho a contar con un médico asignado y poderlo cambiar; pero bajo ciertas condiciones; del complementario derecho a utilizar fármacos y productos sanitarios; la posibilidad de hacer uso de transporte sanitario y poder solicitar informes o certificados médicos etc.
- De información y decisión: Este grupo de derechos, que participa de la naturaleza de los grupos mencionados, ha venido cobrando especial relieve e individualidad. La consolidación del respeto a la autonomía de los pacientes, trae consigo la necesidad de que aquellos sean informados para poder decidir. La información algunas veces tiene el único objetivo de dar conocimiento de estados de salud o cuidados médicos a adoptar, pero en otras ocasiones es el presupuesto de la toma de relevantes decisiones del paciente, como sucede en la información para emitir el consentimiento informado. Es tal la importancia actual de la institución de la autonomía

decisoria, que se le reconoce al paciente para ejercerla en vida (el mencionado consentimiento informado) o para que surta efecto su voluntad una vez fallecido, como sucede en las instrucciones previas o directivas anticipadas.

Deberes de los pacientes

Hablar de derechos y no hacerlo un deber, resulta incompleto y sobre todo asimétrico, teniendo en cuenta fundamentalmente, que en la relación del paciente con el Sistema Sanitario, los derechos de una parte son los deberes de la otra.

Sin pretender hacer una enumeración exhaustiva de ellos, quiero hacer mención de algunos de los que entiendo son más relevantes y trascendentes en el debido ejercicio de la práctica clínica.

- Respecto a las prescripciones e indicaciones sanitarias. El paciente demanda del sistema sanitario el cuidado de su salud, como derecho exigible por la relación que le vincula con el mismo. Los centros y profesionales sanitarios efectúan los actos diagnósticos y prescripciones terapéuticas procedentes y, en consecuencia, cumplida la obligación de cuidados procede, por parte del paciente, responder con el seguimiento de lo indicado en su beneficio.
- Uso correcto de instalaciones y servicios. Estos elementos materiales tienen por objeto el servir de elemento necesario para la dispensación de la asistencia. Teniendo un objetivo personal general, no pueden ser objeto de maltrato o uso incorrecto por alguna persona, en evidente perjuicio de la colectividad general, cuestión aparte del daño económico que se produce con estas conductas inadecuadas.
- Respeto a los profesionales al servicio del sistema. Es la lógica contrapartida de la obligación de estas personas de atención correcta y respeto a los ciudadanos a quienes atienden. Una vez más, el derecho y obligación son anverso y reverso de la moneda. Por otra parte, no se puede entender la relación asistencial en un clima de enfrentamiento y falta de consideración entre las personas que existen en ella.
- Lealtad y veracidad en la aportación de información. La asistencia a los pacientes supone un continuo intercambio de información entre éstos y los profesionales sanitarios. El conocimiento es la herramienta imprescindible para la actuación y si la información que se aporta por el paciente es desleal o conscientemente falsa, se quiebra un principio básico de relación personal y de eficiencia asistencial.
- Responsabilidad sobre cuidados de la propia salud. Los estudios más recientes en materia de salud de los individuos evidencian que intervienen muy diversos factores en este asunto: herencia genética, cuidado del medio ambiente, prestaciones sanitarias, estilos de vida

individuales y autocuidado. Este último se demuestra altamente eficaz, en caso de ser observado de forma adecuada y continua, siendo por otra parte, el factor socialmente menos costoso.

Las demandas de los usuarios y pacientes

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria y genera con ello, la obligación de los poderes públicos de dispensar las prestaciones sanitarias que hagan efectivo y materialicen ese derecho. En realidad es lo que se ha dado en llamar «un derecho a derechos»

El paciente demanda y utiliza habitualmente las prestaciones sanitarias públicas para el cuidado de su salud y en aquellos casos en que no obtiene dichas prestaciones en absoluto o entiende que le son dispensadas de forma incompleta o deficiente, reclama de los poderes públicos. Hay veces que estas instancias reconocen, en su caso, la deficiencia, satisfacen la pretensión y termina el desencuentro. En otras ocasiones, sin embargo, no se accede a la pretensión deducida y ello puede obedecer a diferentes motivos:

- Imposibilidad jurídica: no es posible atender la petición, pues el ciudadano solicitante carece del derecho que reclama.
- Imposibilidad clínica: la imposibilidad reside en no poder atender la petición por razones de índole clínica. No es posible o es perjudicial para el paciente aquello que pide.

Hay otras ocasiones en las que, no habiendo accedido la Administración a lo reclamado y sin concurrir ninguna de las imposibilidades mencionadas, el ciudadano no obtiene la pretensión planteada. Son los casos en los que hay una disfunción del sistema, una atención inadecuada. Este es el campo de las reclamaciones, aquellos casos en los que se desconoce o no se reconoce, por quien debe de hacerlo, un derecho que se posee, de forma completa o se reconoce de manera inadecuada, sin concurrir ninguna de las imposibilidades expuestas.

Conviene traer a colación el cambio social experimentado respecto de la figura del reclamante con el uso de las nuevas tecnologías, como se ha operado en el acceso y manejo de la información sanitaria. Pueden verse en los consultorios, dos tipos perfectamente diferenciados de usuarios. Por un lado, personas de edad que esperan pacientes su turno y aceptan la atención sanitaria en la forma que les es dispensada. Por otra parte, se ven usuarios más jóvenes, que mientras esperan, caminan nerviosos, hablando por su teléfono celular y con papeles bajo el brazo o en una cartera, que contienen información sanitaria sobre la dolencia motivo de la consulta. Hay un importante número de accesos en Internet a páginas de información sobre artrosis, alzheimer y otras patologías asociadas, normalmente a edades que no suelen tener.

Quienes manejan la herramienta informática, son los hijos e incluso los nietos a la ayuda de sus mayores.

Pero... ¿Qué quieren los pacientes?

El denominador común de los pacientes, lógicamente, es buscar la atención de su salud. Sin embargo, a partir de ahí aparecen las diferencias. Unos quieren que no les duela, otros que no se les note (su cojera, su herida...), algunos desean poder volver a trabajar, justo al contrario que otros que desean no hacerlo.

En este contexto de atender su salud hay una serie de objetivos que podemos resumir en los siguientes:

- Ser debidamente informado. El conocimiento de la situación que aqueja al paciente es imprescindible, no sólo para tomar decisiones al respecto, sino simplemente, para atender de forma adecuada el tratamiento prescrito.
- De forma comprensible. Si la información es el presupuesto de la valoración y esta a su vez el precedente necesario de la decisión, puede comprenderse la imposibilidad de decidir respecto de algo que no se conoce por no haber entendido la información al respecto.
- Utilizando la tecnología adecuada. El progreso técnico impregna la cultura de nuestra sociedad en cualquier ámbito: transportes, informatización etc. Puede comprenderse que cuando se trata de defender nuestro bien máspreciado, como es la salud e incluso la vida, se valore la aplicación de este progreso a la ingeniería médica.
- Lo más pronto posible. Es lógico este deseo de premura por la especial índole de la acción sanitaria, pero también es verdad que esta percepción no podía escapar al deseo generalizado de rapidez que ha calado en nuestra sociedad. Comida rápida, fotografías en una hora, reparaciones en el acto...
- De forma humana y respetuosa. Todas las condiciones anteriores precisan de un marco adecuado. El enfermo se encuentra en una situación doliente y lo especial de esta situación precisa de un trato particular hacia él. No olvidemos que *infirmus*, palabra de origen latino significa sin firmeza.

Elementos de la Práctica Clínica

La asistencia sanitaria a los ciudadanos receptores de la misma tiene como objetivo, como ha expuesto anteriormente, el mantenimiento o recuperación de la salud, pero pueden encontrarse notas comunes, cualquiera que sea la prestación sanitaria o la forma de dispensarla.

Principios rectores de la asistencia

1. El interés del paciente como guía. El norte hacia el que tiene que mirar la acción sanitaria no es otro que

éste. Cualquier actuación perseguirá este beneficio. Su aplicación aporta un principio esencial en el mundo asistencial, cual es de la ecuación riesgo-beneficio. Es posible someter a un paciente a un pequeño riesgo en busca de un gran beneficio, pero hacer correr un grave riesgo a alguien persiguiendo un pequeño beneficio es asegurarse una condena por responsabilidad y sobreviene un daño al paciente.

2. Error sanitario no es igual, necesariamente a responsabilidad. Aquí, como en muchas otras ocasiones, la clave se encuentra en el adverbio. Surgirán ambos conceptos unidos cuando el error pueda considerarse culpable por no haber puesto la debida diligencia para su prevención. Es el terreno del error vencible. El error invencible no genera responsabilidad, al no poder ser evitado, a pesar de la conducta cuidadosa tendente a evitar el daño.
3. La calidad es un elemento integrante de la asistencia. Ha venido fijándose la atención en la excelencia científico-técnica como componente esencial de la relación asistencial y lo es, pero sin obviar la calidad y un factor sustancial de la misma cual es la seguridad. Hasta tal punto ha cobrado relevancia este factor, que podemos afirmar que ha pasado de ser un elemento añadido de la asistencia a un valor esencial de la misma.
4. Las reclamaciones suponen una aportación positiva. A veces son percibidas por sus destinatarios como una molestia, como un entorpecimiento del trabajo, cuando en realidad son una preciosa fuente de información sobre las disfunciones de un sistema o servicio. Muestran al gestor los puntos calientes y ofrecen la oportunidad de rectificar o mejorar. Sin embargo, sólo uno de cada diez usuarios descontentos, reclama; los otros nueve no ofrecen esta oportunidad de mejora e incluso ejercen una antipublicidad sumergida. Este fenómeno se llama la peligrosa cadena del usuario tranquilo.

Imperativos de humanización de la asistencia

La atención sanitaria se dispensa a personas y se dirige a preservar aquello que más aprecian. Este presupuesto pone en escena los imperativos necesarios a los que ha de sujetarse dicha atención.

- A) Imperativo filosófico. Debe de tener como primera consideración la de la dignidad del ser humano. Atender y respetar todos los derechos fundamentales encartados en la práctica clínica, como la autonomía, intimidad, confidencialidad, etc. Es una obligación de orden ético, deontológico y legal por el hecho de ir referidos todos ellos a la persona humana y a la dignidad de que es portadora por el sólo hecho de serlo. Los derechos de esta índole se poseen aunque se desconozca su existencia. Un enfermo mental, por ejemplo, puede no ser capaz de defenderlos y exigirlos, pues los ignora, pero indudablemente los posee.

- B) Imperativo antropológico. «Vivimos para nosotros, pero no tanto por nosotros». El ser humano es un ente relacional, desde el origen de los tiempos las personas han tenido necesidad unas de las otras. Quizás la primera asociación surgiera para cazar un mamut, ante la imposibilidad de acometer esa empresa un hombre sólo. A partir de ahí el fenómeno de apoyo mutuo se desarrollaría y quien poseía habilidades especiales para atender a sus semejantes, cuidarlos y curarlos, con el tiempo haría de ello una ocupación, luego una profesión.
- C) Imperativo ético. La atención a los demás, bajo la perspectiva relacional, quedaría incompleta si no le añadiéramos un componente de solidaridad. La acción sanitaria puede venir motivada por muy diferentes factores, el económico o el ocupacional, por ejemplo, pero necesita de una impregnación ética en el terreno de humanización de la asistencia. Ello explica la atención sanitaria ejercida tantas veces por los profesionales más allá de los imperativos estrictamente laborales.

Addenda 1

El mejor sistema de valoración y garantías de los derechos de los usuarios y pacientes no tiene la menor importancia ni utilidad si no le precede un comportamiento correcto de los profesionales, adecuado en los terrenos ético, deontológico y legal, respecto de los destinatarios de la asistencia. Como complemento a estas páginas citaré unas pautas al respecto.

1. Ningún profesional sanitario lo sabe todo y tomar decisiones sin el conocimiento necesario es una imprudencia. Es necesario consultar, averiguar, investigar cada caso. Es un acto necesario de humildad conocer y asumir las propias limitaciones.
2. Producido el daño por un fallo asistencial debe de ser reconocido y el error explicitado al perjudicado, ofreciendo soluciones. Mostrar esta actitud humana está demostrado que calma al sujeto dañado y le hace desistir, la mayoría de las veces de la acción reclamatoria. Si se consigue implicarle en la solución a adoptar será, evidentemente, muy difícil que decida entablar acciones legales.
3. Es una evidencia que los protocolos y guías de práctica clínica introducen seguridad en la actuación sanitaria, pero a veces se puede perjudicar a un paciente en un concreto caso si se siguen a ciegas. En esos casos cabe, bajo criterio clínico, abandonar estas referencias, debiendo, eso sí, dejar constancia escrita de la razón de su abandono y de las circunstancias concurrentes, como el riesgo que se trata de conjurar o el beneficio que se persigue.
4. La constancia escrita es una exigencia en la atención sanitaria y cumple dos funciones principales: la asistencial, que permite al mismo profesional quien hizo las anotaciones, retomar la situación más adelante y a otro distinto conocerla. Por otra parte, la utilidad jurídica de servir de defensa al profesional al dejar constancia de lo actuado, sus motivos y circunstancias.
5. La historia clínica es una pieza esencial en una investigación judicial. Este documento debe de encontrarse siempre disponible ante este tipo de requerimientos. Una historia que no aparece o lo hace tarde y de forma incompleta y desordenada, supone una baza en contra del medio sanitario, ante el tribunal juzgador al predisponerle en contra.
6. El profesional y el centro sanitario tienen una indudable obligación de colaborar con la Justicia y con ello de facilitar aquella documentación que les sea requerida. También les alcanza, sin embargo, la obligación de confidencialidad de la información que tienen de sus pacientes y por ello han de tratar de conciliar ambos requerimientos. La historia clínica que se entregue al tribunal debe de contraerse, en su relato temporal, al período objeto de investigación judicial y a la persona investigada.
7. La obligación de anotar en la historia clínica, además de las dos funciones referidas en el punto 4 de este numerario, surte el efecto de colocar al medio sanitario del que procede en una situación merecedora ante el tribunal. Es incuestionable la sensación de pulcritud y solvencia profesional que produce una historia presentada con rapidez y orden.
8. La comunicación con los pacientes es el soporte esencial de la relación asistencial, pero debe de ajustarse ocasionalmente a las circunstancias. Las conversaciones telefónicas deben de ser evitadas, excepto para cuestiones accesorias como fijar o variar una cita.
9. La información es el presupuesto del consentimiento y por ello es de extrema importancia que sea cuidada en su contenido y extensión. Respecto de este extremo debe de guardar un equilibrio. No debe de ser tan escasa que no permita valorar y decidir, pero tampoco tan excesiva que confunda e incluso intimide al paciente.
10. La información debe de ser personalizada, este es un extremo que hay que cuidar particularmente. Se dice que «no hay enfermedades, sino enfermos». El riesgo anestésico, por ejemplo, del qué informar, no tiene la misma relevancia para un joven vigoroso de 25 años, que para un broncopata de 85.
11. Para un profesional sanitario es un momento muy difícil aquel en el que ha de informar a su paciente de un diagnóstico o pronóstico fatal. Debe de tener presente, sin embargo, que el titular del derecho a la información es el paciente no su familia y que tan inadecuado es dar a conocer los referidos extremos sin ninguna ponderación, como el ocultarlos por sistema. La conspiración de silencio que rodea estos enfermos les sustrae su derecho a conocer y a decidir sobre su última etapa vital.

12. Se habla de «letra de médico» para aludir a una caligrafía confusa e incluso ilegible. Es aconsejable utilizar la herramienta informática para producir los documentos o en su defecto esforzarse en utilizar letra de tipo molde o imprenta. Son muy numerosos los casos de responsabilidad sanitaria por haber interpretado indebidamente la letra confusa de un profesional sanitario.
13. La veracidad en el contenido de un informe o certificado sanitario es una exigencia evidente e incuestionable. Se olvida, sin embargo, algunas veces por algún profesional que expide uno de estos documentos de favor, con contenidos no del todo veraces. Además de acordarnos de que estamos cometiendo una ilegalidad, hemos de añadir la inquietud de que no se sabe donde puede acabar y para qué este documento.
14. Como reverso de la capacidad de consentir el paciente, en ejercicio de su autonomía, puede rechazar la acción sanitaria. El profesional puede tratar de persuadirle de lo inadecuado de su negativa, si es el caso, pero jamás puede violentar la voluntad contraria del paciente.
15. El daño puede producirse en el paciente por un defecto de información, que a veces reviste una especial gravedad. Es el caso del error diagnóstico antenatal, en el que se muestra una situación de normalidad cuando la madre, realmente, es portadora de un feto con graves anomalías. Podría decidir, aquella, la interrupción del embarazo, en los casos en que fuera clínica y legalmente posible, o decidir no hacerlo por variadas consideraciones. Es importante valorar que el daño no reside en sustraerla de la posibilidad de abortar, sino de la de decidir.
16. El funcionamiento ordinario de la práctica asistencial supone que los profesionales deben de sujetarse al principio de obediencia debida respecto de la organización en la que se integran. Sin embargo, no existe obligación de someterse a una orden manifiestamente ilegal o claramente lesiva para los pacientes. El cirujano, que es obligado a intervenir en condiciones inadecuadas de bioseguridad de su quirófano, por mencionar un ejemplo.
17. La responsabilidad del profesional sanitario alcanza a su propia conducta, pero ocasionalmente afecta, también a la actuación de terceras personas con él relacionadas. Es el caso de la necesaria atención que cada miembro de un equipo quirúrgico, por ejemplo, ha de prestar a las condiciones en que recibe al enfermo, el área quirúrgica y el desempeño de sus compañeros de equipo.
18. Hay un tipo concreto de imprudencia, que en el medio laboral se denomina «imprudencia profesional» y es aquella que comete quien lleva a cabo una conducta

inadecuada, confiando en que su experiencia le permite hacerlo con los ojos cerrados. Ser experto en algo no trae consigo actuar correctamente, aún sin poner atención en el desempeño.

19. De la misma forma la experiencia no es capaz, por sí sola, de compensar elementos que inciden de forma grave sobre la seguridad en la actuación clínica, como el sueño o la prisa. Una dedicación profesional intensa y prolongada o la premura de una urgencia, ante una acción clínica, no pueden fiarse a la experiencia solamente, exigiendo en esos casos, precisamente, de redoblar la atención.
20. El conocimiento es una herramienta imprescindible para el profesional sanitario, que unido a la experiencia conforman el sustrato de un buen sanitario. El primero, sin embargo, no puede reducirse a los estudios de la facultad previos a la obtención del título. La formación del profesional es un camino largo y continuo de estudios de grado y formación continuada complementaria.

Reflexiones finales

En la relación asistencial las dos partes, profesionales y pacientes tienen una posición difícil, pero no olvidemos que la parte débil es el paciente. Él tiene el problema y la otra parte posee la solución a ese problema o al menos los medios para buscarla. Este desequilibrio y la condición doliente de quien recibe la asistencia, le coloca en una posición en la que cualquier incumplimiento, desatención o menoscabo cobran particular importancia. Arthur Bloomfield dejó dicho que «hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar».

La observancia de estas veinte recomendaciones que acabo de exponer no garantiza que no pueda producirse un daño a un paciente y originarse con ello una responsabilidad para el profesional, pero lo hacen más difícil. Igual que conducir con prudencia no es un seguro infalible de no tener accidentes de tránsito pero supone la condición básica de reducir el riesgo y sobre todo es la única variable de la siniestralidad que depende solo de uno mismo. Conducirse con prudencia en el tránsito y en la práctica clínica como medida de seguridad.

Referencias

- ¹ Siso Martín J. «50 recomendaciones para evitar ser denunciado». En: Responsabilidad Sanitaria y legalidad en la práctica clínica. Un apunte jurídico dirigido a los profesionales sanitarios. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública de España, 2003. I.S.B.N. 84-87385-68-0.