

“La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.



Una omisión subsanable”



Facultad De Humanidades. Departamento De Derecho

Trabajo de Diploma

Título: “La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.

Una omisión subsanable”

Title: “The new Public Health Law and the intervention of the patient advocate. “A correctable omission”

Autora: Mariceilys Morales Alvarez

Tutor: Yhovani Ricardo Reyes Castro

SANCTI SPÍRITUS, NOVIEMBRE DE 2024

“AÑO 66 DE LA REVOLUCIÓN”

Copyright©UNISS



Este documento es Propiedad Patrimonial de la Universidad de Sancti Spíritus “José Martí Pérez”, y se encuentra depositado en los fondos del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación “Raúl Ferrer Pérez” subordinada a la Dirección de General de Desarrollo 3 de la mencionada casa de altos estudios.

Se autoriza su publicación bajo la licencia siguiente:

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Atribución- No Comercial- Compartir Igual



Para cualquier información contacte con:

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación “Raúl Ferrer Pérez”.

Comandante Manuel Fajardo s/n, Olivos 1. Sancti Spíritus. Cuba. CP. 60100

Teléfono: 41-334968

“La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.



Una omisión subsanable”

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La que suscribe a continuación, declara ser la autora del presente trabajo y reconoce a la Universidad de Sancti Spíritus los derechos patrimoniales de la misma, con carácter exclusivo y la autoriza a darle el uso que mejor considere para el desarrollo de la Ciencia Jurídica.

Para que así conste firmamos a los _____ días del mes _____ del año 20____.

MARICEILYS MORALES ALVAREZ

AUTOR

MSC. YHOVANNI R. REYES CASTRO

TUTOR

“La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.



Una omisión subsanable”

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

“La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.



Una omisión subsanable”

El buen médico trata la enfermedad, el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad.

William Osler.



Dedicatoria

A:

Dios por a verme dado la vida, la voluntad, la oportunidad de estudiar y darme fuerzas cuando la necesito. A mis padres por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y malos de mi vida, ya que son para mí la base de todo, ellos me han sabido guiar y estar en cada uno de mis pasos, dándome ánimo para seguir caminando, demostrándome que lo más importante es luchar por los sueños y metas sin importar el sacrificio porque todo lo que vale la pena se logra con esfuerzo y dedicación. A mi abuela querida que ha sido como una madre, siempre enseñándome el camino del bien y por darme tanto amor sin nada a cambio. A mi prima por ser como una hermana, apoyarme en todo lo necesario. Y pues claro, no podían faltar mis compañeras de Universidad: Marien, Dainori y Alegna por ser esas personas tan lindas que conocí y ser lo mejor que me llevo de esta gran experiencia.



Agradecimiento

Con profunda estima y reconocimiento, extendiendo mi más sincera gratitud a mi Tutor de tesis el Msc. Yhovani Ricardo Reyes Castro. Sus conocimientos y su inestimable guía han sido pilares fundamentales en el desarrollo y enriquecimiento de esta investigación.

Expreso mi agradecimiento a mis padres, pues sin su apoyo incondicional, jamás habría logrado este objetivo. Por haber sacrificado tanto por mis estudios y capacitación. .

Mi gratitud se extiende a la Universidad José Martí, la Facultad de Humanidades, el departamento de Derecho y a todos los profesores, que me abrieron sus puertas y me enseñaron como ser una buena profesional comprometida con los principios más nobles y justos.

A mis compañeros de aula, de batallas, principalmente a esas personitas que se volvieron parte de mi vida y hoy son esas amigas que volvería a elegir mil veces, las que me daban fuerza para continuar y me impulsaban a crecer.

A cada uno de ustedes, mi más profundo agradecimiento por su invaluable contribución a este viaje académico.



Resumen

La nueva Ley de Salud Pública protege tanto los derechos de los pacientes como de los trabajadores del sector de la salud pública. Pero obvia de manera directa la posibilidad de que un defensor del paciente intervenga como garante de los derechos del paciente en la relación médico paciente.

La presente investigación tiene como objetivo general fundamentar la necesidad de que se instituya la figura del defensor del paciente en el reglamento de la nueva Ley de Salud Pública en Cuba.

Se emplearon métodos teóricos como el de análisis-síntesis y el dialéctico, y métodos jurídicos como el jurídico doctrinal.

Los resultados obtenidos son de índole teórica, permitieron sistematizar los diferentes tipos o modelos de clasificación de la relación médico paciente, caracterizar el modelo de relación médico paciente que acoge la nueva Ley de Salud Pública, y determinar la posibilidad de intervención del defensor del paciente en la relación médico paciente al amparo de las vigentes disposiciones normativas.

Palabras claves: Médico, paciente, salud pública, defensor, derechos, respeto.



Abstract

The new Public Health Law protects both the rights of patients and workers in the public health sector. But it directly obviates the possibility of a patient advocate intervening as guarantor of the patient's rights in the doctor-patient relationship.

The general objective of this research is to establish the need to establish the figure of the patient advocate in the regulations of the new Public Health Law in Cuba.

Theoretical methods such as analysis-synthesis and dialectical methods were used, as well as legal methods such as doctrinal legal methods.

The results obtained are of a theoretical nature, they allowed us to systematize the different types or models of classification of the doctor-patient relationship, characterize the model of doctor-patient relationship that is included in the new Public Health Law, and determine the possibility of intervention of the patient's advocate in the doctor-patient relationship under the protection of current regulatory provisions.

Keywords: Doctor, patient, public health, defender, rights, respect.



Índice

Dedicatoria.....
Agradecimiento.....
Resumen.....
Introducción.....	1
Epígrafe I. La relación médico-paciente.....	6
1.1 Tipos o modelos de clasificación de la relación médico o paciente.....	11
1.2 Principios que rigen la relación médico-paciente.....	16
1.3 Un reflejo del Derecho comparado a la legislación y peculiaridades de la figura del defensor en la relación médico-paciente.....	17
1.4 Ejemplo de casos complicados en la relación médico- paciente.....	23
Epígrafe II. El defensor del paciente en la relación médico-paciente.....	27
2.1 Antecedentes de leyes de Salud Pública en Cuba.....	27
2.2 Comparación de la Ley Vigente No.41 de Salud Pública de Cuba de 1983 con la nueva Ley de Salud Pública en cuanto a los Derechos del paciente y la Atención Médica y Social.....	28
2.3 La intervención del Defensor Médico. Pertinencia y beneficios que aporta.....	32
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias bibliográficas.....	41
Anexo 1.....	43



Introducción.

La Ley de Salud Pública recientemente aprobada «es actualizado, integral, protector, construido en colectivo, innovador y ético, comprometido con principios tan medulares como la dignidad humana, coherente, en armonía con el ordenamiento jurídico de la sociedad cubana, necesario y pertinente, respetuoso, inclusivo, visionario, enfocado en los derechos humanos más sagrados: la salud y la vida de las personas».

Esta nueva ley supera, pero a la vez es continuadora de la Ley 41, Ley de la Salud Pública, que data del 13 de julio de 1983. Por más de cuatro décadas esta ley «ha acompañado al Sistema Nacional de Salud con entereza. Significó un paradigma en su momento y fue su concepción de principios, como el ejercicio del derecho a la salud de manera universal y gratuita, lo que permitió brindar un marco jurídico con flexibilidad, que posibilitara llevar a cabo la transformación social y sanitaria en el país».

Sin embargo a pesar de su contenido esencial y trascendente, desde casi en sus inicios, resultado del permanente perfeccionamiento de la Salud Pública cubana, esta ley no fue todo lo abarcadora.

Entre otros objetivos, la nueva norma jurídica da cabida a la introducción en el ordenamiento jurídico nacional de tratados internacionales de los que Cuba es signataria; al reforzamiento de las responsabilidades del Estado hacia la Salud Pública en todos sus niveles; y a la adecuación de los principios de organización y funcionamiento de los servicios de atención, protección y recuperación de la salud en el sistema nacional de salud, además de promover las actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud.

Esta disposición normativa es respetuosa de las diferencias y de los derechos de todas las personas, donde estos derechos cuentan con seguridad jurídica efectiva.



El país «necesita y merece esta nueva Ley de Salud, revolucionaria, atemperada a nuestras realidades, que retrate de mejor modo a un país con enormes retos socio demográficos. Una ley con capacidad de durar en el tiempo por la propia visión con la que ha sido diseñada».

La nueva Ley de Salud Pública está en concordancia con la Constitución de la República de 2019, el Código de las Familias y otras leyes. Y es aquí donde se aprecia una omisión necesaria de valoración, la omisión en el texto legal de la figura del defensor del paciente como coadyuvante y garante de la voluntad y los derechos del paciente.

Se optó por la problemática de la intervención del defensor del paciente en la relación médico paciente debido a los nuevos retos que introduce la nueva Ley de Salud Pública; la que introduce cambios culturales en los derechos del paciente a los que ni el personal médico ni los propios pacientes se encuentran totalmente preparados; por lo tanto la intervención del defensor del paciente propiciará una garantía en relación con la defensa de los derechos del paciente de manera oportuna.

Lo anterior no ha sido objeto de sistematización doctrinal, ni de estudio de monografías, tesis doctorales o de maestrías con posterioridad a la aprobación de la nueva Ley de Salud Pública, lo cual denota la novedad y actualidad. La relevancia de la investigación reside, en tratar desde un estudio acabado la figura del defensor del paciente y su pertinencia al amparo de los nuevos retos que introduce la nueva Ley de Salud Pública. Obteniendo el aval de procedencia por parte de la Dirección Provincial de Justicia de Sancti Spíritus. Ver anexo 1

Por todo lo anterior, se plantea como **problema científico** de esta investigación la intervención del defensor del paciente como vía especializada de defensa de los derechos del paciente, propiciando un adecuado equilibrio en la relación médico paciente.

En consecuencia, la **Hipótesis** del trabajo se concreta en que la inclusión de la figura del defensor del paciente en el Reglamento de la Ley de Salud Pública posibilitaría



Una omisión subsanable”

una adecuada protección directa y oportuna de los derechos del paciente establecidos en la nueva Ley de Salud Pública.

En ese sentido se plantea como **objetivo general**, fundamentar la necesidad de que se instituya la figura del defensor del paciente en el reglamento de la nueva Ley de Salud Pública en Cuba.

Formulándose como **objetivos específicos** los siguientes:

1- Sistematizar los diferentes tipos o modelos de clasificación de la relación médico paciente.

2- Caracterizar el modelo de relación médico paciente que acoge la nueva Ley de Salud Pública.

3- Demostrar la necesidad de la intervención del defensor del paciente en la relación médico paciente de manera independiente del defensor familiar o público.

Para emprender la labor investigativa se emplearon los siguientes **MÉTODOS**:

Métodos teóricos:

Análisis-Síntesis: posibilitó la realización del estudio teórico jurídico, mediante la sistematización de conocimientos y el estudio del Derecho como un fenómeno multidimensional y armónico, desde principios y valores fundamentales que lo guían como: el derecho a la autodeterminación, la seguridad jurídica, la protección y la legalidad.

Sistémico: permitió revelar en las instituciones, no solo las relaciones entre los componentes del sistema, sino aquellos aspectos contradictorios, como fuentes de desarrollo que está conformada por diferentes subsistemas con características y funciones específicas interactuantes.

Métodos jurídicos:



Jurídico-Doctrinal: posibilitó la consulta de fuentes bibliográficas y su análisis.

Histórico-Jurídico: posibilitó el análisis jurídico de la figura analizada, así como los antecedentes que ha tenido la Ley de Salud en nuestro país, su evolución y como se ve presente en la sociedad.

Jurídico Comparado: contribuyó al estudio y comparación realizado a las diferentes legislaciones de salud, logrando un pronóstico sobre la situación del defensor del paciente en los distintos sistemas de salud del mundo.

Los resultados obtenidos con la investigación son de índole teórica.

Para dar respuesta a los objetivos específicos, esta investigación está compuesta por dos epígrafes.

El **primer epígrafe** sistematiza los diferentes tipos o modelos de clasificación de la relación médico paciente; caracterizando a cuál de ellos se acoge la nueva Ley de Salud Pública.

El **segundo epígrafe** caracteriza el modelo de relación médico paciente que acoge la nueva Ley de Salud Pública y demuestra la necesidad de la intervención del defensor del paciente en la relación médico paciente de manera independiente del defensor familiar o público.

Integran, además, el trabajo las conclusiones, que contienen los aspectos más relevantes de la investigación, y el material bibliográfico, que obedece a los requerimientos de la misma.

El presente trabajo busca constituirse en un aporte para aquellos lectores o investigadores que deseen conocer el estado actual sobre el tema en Cuba.



Una omisión subsanable”

Los resultados obtenidos son de índole teórica, permitieron sistematizar los diferentes tipos o modelos de clasificación de la relación médico paciente, caracterizar el modelo de relación médico paciente que acoge la nueva Ley de Salud Pública, y determinar la posibilidad de intervención del defensor del paciente en la relación médico paciente al amparo de las vigentes disposiciones normativas.



EPÍGRAFE I. La relación médico-paciente.

1.1 Criterios sobre la relación médico-paciente:

Las relaciones interpersonales pueden ser reguladas por ley, por costumbre o por acuerdo mutuo, y son una base o un entramado fundamental de los grupos sociales y de la sociedad en su conjunto. Estas relaciones juegan un papel fundamental en el desarrollo integral de las personas. A través de ellas, el individuo obtiene importantes refuerzos sociales del entorno más inmediato, lo que favorece su adaptación e integración al mismo.

Un médico es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente. En la lengua española, en forma coloquial, se denomina también doctor/a este tipo de profesional, aunque no haya obtenido el grado de doctorado. La persona que ejerce la medicina es un profesional altamente calificado en materia sanitaria. Debido a que tiene que dar respuestas acertadas y rápidas a problemas de salud, mediante decisiones tomadas habitualmente en condiciones de gran incertidumbre, precisa de formación continuada a lo largo de toda su vida laboral.

El paciente es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud. Desde un punto de vista histórico, la concepción del paciente ha evolucionado significativamente. En las primeras etapas de la medicina el paciente tenía poca o ninguna participación en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, con el paso del tiempo, esto ha cambiado hacia un modelo de atención más centrado en el paciente, en el cual se valora y se respeta la autonomía del individuo, sus deseos y sus preferencias.

En la medicina contemporánea, el paciente es considerado como un socio activo en su propio cuidado de salud. Esto implica una comunicación bidireccional entre el paciente y



Una omisión subsanable”

el profesional de la salud, donde el intercambio de información es fundamental. Los pacientes son alentados a participar activamente en su tratamiento, lo cual incluye tomar decisiones informadas sobre las opciones de cuidado disponibles y expresar sus preocupaciones y preferencias.

El término paciente también implica una serie de derechos y responsabilidades. Los derechos del paciente incluyen el derecho a recibir una atención segura y de alta calidad, el derecho a la privacidad y confidencialidad de su información médica, el derecho a dar o negar su consentimiento para tratamientos y el derecho a estar informado sobre su estado de salud y opciones de tratamiento. Por otro lado, los pacientes también tienen responsabilidades, como proporcionar información precisa sobre su historial médico, seguir las instrucciones dadas por los profesionales de la salud y respetar las políticas y procedimientos del entorno de atención médica.

Según Joaquín Martínez Montauti

El campo de la investigación tampoco está libre de desigualdades, ya que los recursos disponibles se distribuyen de manera que también experimentan un sesgo que favorece a las sociedades ricas y se desatienden enfermedades que afectan a gran parte de la población mundial, aunque sean altamente letales. La unidad básica de atención al individuo enfermo es el encuentro entre el profesional sanitario y el paciente, y es ahí donde se crea una relación específica conocida como relación médico-paciente.

La relación médico-paciente (en adelante, RMP) es una relación interpersonal con características que la hacen única. De ellas, conviene destacar dos: una es que los actores: el médico y el paciente, y de otra manera, también los conocimientos de la medicina no son iguales ni están en igualdad de condiciones, y otra es que la RMP produce resultados, que pueden ser clasificados en dos grupos: los tangibles y los intangibles.



Una omisión subsanable”

Para el médico clínico, la RMP forma parte del ejercicio de su profesión; en cambio, para el paciente tiene implicaciones singulares, físicas y emocionales, ya que se refiere al cuidado de su salud y, por lo tanto, de su bienestar y, en definitiva, de su persona.

A la asimetría de la RMP también contribuye la vulnerabilidad asociada a la enfermedad, la capacidad del médico de asignar roles, el de enfermo, el de beneficiario de una prestación social, el de apto para poseer armas, etc, que es una fuente de poder para el profesional, y las consecuencias económicas del encuentro.

Los resultados tangibles de la RMP son los que el paciente y la sociedad esperan, como, por ejemplo, el diagnóstico o el tratamiento, pero, al mismo tiempo, se producen resultados intangibles, que también son esperables, aunque no sean los que directamente se buscan. La RMP genera resultados intangibles, al mismo tiempo que descubre un diagnóstico o se prescribe un tratamiento; la experiencia del paciente y del médico o la satisfacción del paciente o de sus cuidadores son ejemplos de resultados intangibles, que van a contribuir al mantenimiento y al progreso de la RMP.

Así, la RMP debe ser vista como una forma especial de relación humana compleja y difícil de definir, ya que según quién sea el observador el propio paciente, el médico, el gestor o el académico destacarán aspectos distintos. Pero todos los observadores coinciden en que es importante, lo cual, evidentemente, obliga a preguntarse por qué. La respuesta engloba los múltiples aspectos de la RMP:

1) La RMP constituye el componente humano de la atención, es un elemento imprescindible de la asistencia sanitaria que permite, por un lado, acercarse al paciente y conocerlo, y, por otro, valorar el impacto de la enfermedad, entender la perspectiva vital de la persona enferma y sus expectativas, e instruirla en los cuidados que necesita.

2) La RMP es un lugar donde se intercambia la información sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento, y donde se pone al descubierto la intimidad del paciente.



3) La RMP es un lugar de intercambio económico, donde, además de los honorarios profesionales, se prescriben medicamentos u otras terapias, dispositivos de uso médico o prestaciones sociales. Y, por lo tanto, es un lugar sometido a las diferentes presiones que provienen del juego de intereses económicos.

4) Como ya se ha dicho antes, la RMP puede ser definida como un proceso que genera dos tipos de resultados: los tangibles, como el diagnóstico y el tratamiento, y los intangibles, como la satisfacción o la experiencia del paciente. Estos resultados pueden ser contrastados, evaluados o medidos.

5) Los resultados definen la RMP de tal manera que algunas formas de RMP son mejores por diversas razones: a) Se adaptan mejor a la realidad y consiguen una mayor salud de la población. b) Generan mayor satisfacción en los usuarios de la sanidad. c) Proporcionan al paciente un interlocutor de su confianza que actúa en su beneficio y le ayuda a mantener o lograr un mejor estado de salud. d) Cuando esto no es posible, le ayuda a aliviar el sufrimiento.

6) En grados diferentes, los resultados son beneficiosos para el paciente, para el médico, para los conocimientos de la medicina y para la sociedad, en conjunto o por separado.

La definición de relación médico- paciente según el Dr. Daniel Elío Calvo:

Primero comienza planteando la condición del enfermo en la relación médico-paciente: a lo largo de la historia, la posición del paciente en la relación médico-paciente ha sido siempre pasiva, de dependencia, pues la enfermedad condiciona una suerte de desvalimiento no solo del cuerpo, sino también del alma, al decir de los escritos hipocráticos. Así como el niño confía en que su padre elegirá siempre lo mejor para él, el enfermo debe confiar en su médico, que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia



Una omisión subsanable”

elegirá siempre el mejor tratamiento posible; el médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien de paciente.

Ya desde fines del siglo XIX se producen en la humanidad cambios significativos de tipo socio económico, como la emergencia de los derechos humanos y el desarrollo científico y tecnológico de la medicina, que si bien mejoran notablemente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, originan graves conflictos biomédicos. Tales cambios influyen dramáticamente en la relación médico-paciente, pues el paciente reclama ser considerado como sujeto activo en los diversos niveles de decisión del proceso de la enfermedad.

El año 1973 puede tomarse como un símbolo del cambio, pues la Asociación Americana de Hospitales aprueba la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su condición clínica y a decidir sobre las opciones posibles, como persona autónoma y libre que es.

La influencia de esta primera Carta de Derechos del Paciente ha sido muy grande, puesto que plantea una nueva mentalidad que se ha convertido en hegemónica en las sociedades democráticas, la “mentalidad autonomista”; cada uno ha de asumir las decisiones que le afectan, ha de regirse por su propio sistema de valores, por lo que la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo, porque antes de hacer el bien al prójimo, se debe preguntarle si tiene la misma idea del bien que nosotros tenemos.

Las bases de la autonomía del paciente son: la información (completa, precisa, clara) que el médico debe dar sobre el diagnóstico y las alternativas terapéuticas, y el consentimiento informado del paciente a los estudios complementarios y tratamientos propuestos.



Una omisión subsanable”

La relación médico paciente o relación clínica se ha establecido siguiendo una variedad de tipos o modelos, a lo largo de la historia, desde los clásicos modelos autoritarios como el paternalismo, al modelo contemporáneo de camaradería. Los modelos son importantes para analizar los diferentes factores de la relación clínica, con sus consecuencias no solo en la dimensión ética, sino en los resultados de la práctica médica. Existen actualmente una variedad de tipologías o clasificaciones de la relación médico-paciente, como la basada en la autonomía (comercial, contractual o de ingeniería) y la beneficencia (paternalista y sacerdotal); o la que clasifica en paternalista, informativa, interpretativa y deliberativa.

1.1 Tipos o modelos de clasificación de la relación médico o paciente: existen varios modelos, a continuación se evidencian algunos:

Modelos centrados en el Médico. En estos modelos, el poder está ubicado en el rol y función del médico, con el paciente permaneciendo en gran medida pasivo y sin poder.

Modelos centrados en el Paciente. La caída de los modelos centrados en el médico fue el resultado de la defensa de la autonomía del paciente. En los modelos centrados en el paciente, el poder del médico dentro del modelo autoritario se desplazó al paciente.

Modelos legales. Los modelos legales se basan en el principio de autonomía, pero también en el principio de justicia, principalmente en lo que concierne a derechos y obligaciones. Estos modelos protegen a los débiles de los poderosos.

Modelos comerciales. La medicina moderna es un gran negocio. La industria del cuidado de la salud representa una porción significativa de la economía nacional en la mayor parte de los países.



Una omisión subsanable”

Modelos Mutuales. En estos modelos, el poder está distribuido equitativamente entre el paciente y el médico; el poder de decisión está balanceado.

Modelos de amistad. El modelo de amistad en la relación médico-paciente tiene una antigua tradición en medicina, iniciada con los griegos y romanos, y solo es posterior históricamente al modelo sacerdotal.

Según el Dr. Jesús Armando Martínez Gómez, la relación médico- paciente:

Desde 1989 se comenzó en Cuba la enseñanza de la bioética, que cuenta entre sus frutos haber incidido en el perfeccionamiento de la relación médico-paciente para incrementar la participación de este último en la toma de decisiones médicas, lo que todavía no cuenta con el respaldo jurídico necesario.

Y esto es algo que urge resolver porque con los cambios producidos la relación en cuestión adquiere cada vez más un carácter conflictual que genera tensión entre particulares. De ello dan cuenta múltiples trabajos e investigaciones de contenido bioético y jurídico realizados en el país.

Lo anterior se complejiza por la participación en la mencionada relación de otros elementos subjetivos: la enfermera y el personal paramédico, la dirección del hospital, la seguridad social, la familia y el tribunal, sin excluir que también las personas sanas contraen con el personal de la salud relaciones de tipo preventivo, de promoción u otras, en la órbita de su desempeño profesional. Para ganar en precisión categorial al calificar la diversidad de sujetos.

La relación médico-paciente encuentra sustentación jurídica en el artículo 1 del Código Civil cubano, en el que se precisa que el mismo regula relaciones “entre personas situadas un plano de igualdad”, aunque el contenido patrimonialista del precepto no incluya a las relaciones personales puras, propias del ejercicio de los derechos inherentes a la personalidad, que sin embargo son reconocidas en los



Una omisión subsanable”

artículos 38 y 88 del Código Civil cubano. Este aspecto debe tomarse en cuenta toda vez que el carácter público de la medicina cubana relega a un segundo plano o resta importancia al contenido patrimonial de relación médico-paciente, lo que le permite centrarse mucho más en el vínculo interpersonal puro.

Sin embargo, se debe aclarar que cuando los servicios médicos son prestados por instituciones públicas tampoco nos podemos sustraer al hecho de que los galenos actúan también en calidad de agentes de la Administración en el supuesto del médico de asistencia en Cuba, se trata de un trabajador técnico de una unidad administrativa de servicios o investigación de la salud, que es la que tiene el encargo social de ofrecer esos servicios y dispone en su patrimonio, como persona jurídica, de los medios necesarios para ello. Y aquí el adjetivo público hace referencia al Estado y al carácter social de las necesidades que tienen como fin resolver sus instancias administrativas, cuyas actuaciones están sometidas al Derecho Administrativo y dan lugar también al establecimiento de relaciones jurídico administrativas.

En tal sentido, serán administrativas las relaciones entre el médico y el paciente en las que el primero ejerza potestades administrativas y no sólo las propias de un profesional de la medicina, es decir, aquellas relaciones en las que el médico esté facultado por la Administración para exigir la subordinación del paciente al imperativo de la norma administrativa. Y en este caso, al irrumpir la Administración en la relación médico-paciente esta entraría al menos parcialmente en el ámbito del Derecho Administrativo.

La relación médico paciente tiene por objeto inmediato una prestación, cuyo contenido son los servicios médicos que tienen una finalidad diversa: promoción de salud, prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud y la rehabilitación. Por tanto, estamos ante una relación jurídica de obligaciones, y particularmente ante una obligación de medios, esta es la norma, pues los médicos



Una omisión subsanable”

que practican la cirugía estética también contraen una obligación de resultado, que en las condiciones específicas de Cuba se integra al patrimonio de la persona jurídica de la institución de la Salud, en representación de la cual actúa el médico.

En Cuba, el contenido moral de la relación médico-paciente ha venido cambiando progresivamente, al menos en muchos lugares, hacia el modelo horizontal, pero en las bases legales que sustentan dicha relación sigue pesando mucho más el elemento administrativo que el privado, y ello conspira contra el reconocimiento de los derechos subjetivos del paciente, garantía jurídica sin la cual la igualdad entre las partes siempre correrá el riesgo de desequilibrarse a favor del criterio médico en esta relación.

Diego Fernando Cañizares Abeledo:

Expresa que la relación médico-paciente surge de una enfermedad, la cual hace que el médico engendra un lazo específico y profundo con otros hombres, los que están en una situación definida, es decir, enfermos que corren peligro de enfermarse o tienen necesidad de ayuda, la cual compromete a una y otra parte.

Plantea además que la RMP en la sociedad burguesa es una relación humana, real y específica diferente, a la de la medicina socializada, pues en aquella es retribuida por el paciente y en ésta es recibida como beneficio para todos y con cargo a las riquezas sociales obtenidas por los trabajadores en el poder. En la sociedad capitalista el médico es un ser humano que se define por medio de la empresa material de curar mediante retribución económica y mediante la contratación privada.

De la relación médico-paciente se deriva el secreto médico como responsabilidad ética del profesional en esta. El secreto médico es un secreto profesional derivado de la relación clínica. Un secreto es el silencio sobre algo



Una omisión subsanable”

conocido a confiado. El secreto profesional implica el deber del médico de no divulgar lo confiado o conocido a través del tratamiento del paciente y de confidencias realizadas sobre su vida o enfermedad al referido profesional.

La presente investigación se afilia al criterio, la idea del Dr. Jesús Armando Martínez Gómez, pues en la relación médico-paciente se tiene que tomar muy en serio el derecho subjetivo del paciente, es decir, lo mejor para el paciente, que realmente necesita el enfermo, no lo mejor para el médico ni para la familia.

Además que relación médico-paciente: es una unión, un vínculo entre el profesional de la salud y el paciente, en la cual corre riesgo o se encuentra vulnerable la vida de ese enfermo y necesita de esa atención médica para poder contrarrestar la enfermedad que padece. Es una relación que tiene o debe basarse en el respeto mutuo, en la confianza, la solidaridad y el humanismo.

En la vida de cada ser humano es más que probable que en cierta ocasión se tenga esa relación clínica, pues al ser persona, somos vulnerables a cualquier situación que pueda requerir de asistencia, cuidado, recomendación médica, basada en ese vínculo médico-paciente.

Unión que se hace de manera optativa o de manera indispensable, es decir, en ocasiones las personas van al médico como parte de la rutina para verificar su estado de salud, pero muchas veces se va por cuestiones obligatorias, cuando ya existe un mal o un daño en la figura del paciente, para poder radicar esa situación.

En ambos casos siempre el paciente va a desempeñarse como la parte pasiva de cierta manera, o sea, es la parte pasiva porque es a la cual se le va a realizar la atención médica, pero si tiene el derecho de participar en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento, su cuidado, medicación, etc.; por otro lado se encuentra el especialista en salud, la parte activa de dicha relación, ya que éste especialista es el



Una omisión subsanable”

encargado de asistir al enfermo, respetando siempre el criterio y la decisión de su paciente.

Lo predominante en la relación médico-paciente es el consenso existente entre los sujetos que intervengan en dicho vínculo, aquí nos referimos, a que en la relación puede estar presente otros elementos aparte del paciente y el médico, es decir, se debe tener como parte de esta unión al familiar y muy importante al defensor.

1.2 Principios que rigen la relación médico-paciente.

La doctrina conformada a la luz de la bioética aporta que la relación jurídica del paciente con el médico se rige ahora por cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. A los que habría que sumar, por cuanto ella se estructura sobre la base de una relación jurídica fundamental, el principio del respeto a la dignidad humana que tiene rango constitucional y, según el Derecho comparado, es concretado en el ámbito de la salud por los principios de la bioética y los derechos del paciente en los que estos se expresan.

El principio de no maleficencia consiste en el imperativo de no hacerle daño físico, psíquico o moral al otro; la beneficencia es el deber de hacerle bien “procurando que realice autónomamente su propio proyecto de felicidad”; la justicia, en la obligación de “tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden social, político, económico y cultural” y el principio de la autonomía, es el respeto a las decisiones que toman las personas autónomas, que son las capaces de autogobernarse orientando su conducta por una deliberación previa sobre sus objetivos personales.

Este último principio, que fue el que revolucionó la relación médico paciente, se cumple mediante el proceder del consentimiento informado, cuya aplicación consta de tres elementos.



Una omisión subsanable”

-
- a) la información al paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico, las alternativas terapéuticas, los riesgos y beneficios esperados;
 - b) la comprensión, que exige que la información sea clara y precisa y que la persona informada sea capaz de entenderla y deliberar acerca de lo que considera mejor para ella; por lo que cuando no sea así deberá ser asistida en la medida en que lo necesite para que pueda decidir por sí misma, o ser sustituida o representada por otra, cuando ello no resulte del todo posible; y,
 - c) la voluntariedad, que se refiere a que el consentimiento debe emitirse en condiciones libres de coerción, influencia indebida o coacción, que le permitan a la persona decidir por sí misma, en correspondencia con sus intereses.

1.3 Un reflejo del Derecho comparado a la legislación y peculiaridades de la figura del defensor en la relación médico-paciente:

En Argentina: existen varias causas que han hecho desunida la relación médico-paciente: la percepción de los médicos es que se sienten poco valorados y que la tecnología en medicina atenta en contra de la relación humana médico-paciente. Por otro lado los pacientes cada vez son más demandantes, críticos y exigentes.

Demandan más consultas y de calidad. Esta relación problemática es por causas externas pero también por la falta de formación de los profesionales de la salud en cómo comunicarse con el paciente. A los pacientes lo que más le frustran es la falta de comunicación con el médico e incluso la priorizan respecto a la receta y exámenes complementarios, que es lo que precisamente el médico le da importancia. Prefieren que la información sobre su enfermedad se la diga su médico y no informarse por Internet. El paciente cada día más asume su autonomía y exige no sólo información de su médico sino que participar en la toma de decisiones en su tratamiento. La población no ha internalizado ese derecho: no asume su responsabilidad ni su libertad.



Una omisión subsanable”

A tenor del artículo 2 sobre los derechos de los pacientes del Reglamentario de la Ley 26.529 “ Decreto del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, modificada por la Ley 26.742, en su inciso c) de la autonomía de voluntad se expresa que el paciente tiene el derecho de decidir sobre su tratamiento y los procedimientos a los cuales puede ser sometido, además plantea que de ocurrir problemas entre el paciente, el cuidador o su representante legal con el profesional capacitado, el caso es elevado por el médico al Comité de Ética para así solucionar el conflicto; pero esto solo le da ventajas a esos operadores de la salud, es necesario que exista una figura que sea capaz de defender e intervenir en dichos conflictos a favor del paciente.

En Colombia: se realizó un estudio en Bogotá con 17 médicos y 17 pacientes de una IPS que prestaba atención bajo el sistema de salud, evaluando la relación médico-paciente, donde encontraron que los médicos buscan manejar a sus pacientes de forma integral no solo tratando su enfermedad sino buscando brindar buena atención de tal forma que sea más humanizada. Sin embargo, ellos refieren que el sistema de salud ha desvalorado la profesión y los problemas relacionados con las consultas y trámites han llevado a que los pacientes tengan mala actitud y sean agresivos causando predisposición en los médicos antes de la consulta.

Por otro lado, los pacientes refieren que "la ley 100 dañó la salud" y que hay muchas dificultades para encontrar una cita a tiempo y con el médico que les parece, además hay problemas por la duración de la consulta y al momento de recibir los medicamentos.

A pesar de estos inconvenientes los pacientes manifiestan que siempre esperan una atención de calidad, amable y respetuosa acompañada de buenas habilidades en el diagnóstico y tratamiento por parte del profesional de la salud.

Parece entonces que la causa de los problemas son: que ven a la salud como un negocio, del cual deben obtener gran utilidad; por esto han tomado estrategias que



Una omisión subsanable”

restringen los servicios prestados a los pacientes y los fármacos que reciben, llevándolos en ocasiones a usar la tutela como único método para conseguirlos y poder tratar su enfermedad. Adicionalmente, se afecta en gran medida a los médicos enfrentándolos a jornadas de trabajo extenuantes de 12 horas o más, contratos sin prestaciones, sin vacaciones y disminuyendo el salario de tal forma que muchos profesionales de la salud están vinculados a dos o tres empleos para lograr un salario medianamente decente que permita pagar las deudas que adquirieron para su formación profesional.

A pesar de que se ha generado un ambiente hostil para el ejercicio de la medicina integral, aquella cuyo centro es el paciente, que busca mejorar su salud y por tanto su calidad de vida; los médicos deben mantener esa esencia que los llevó a escoger la profesión, a querer atender de la mejor forma a esas personas que confían sus vidas y su salud en ese profesional que encuentran al entrar a un hospital o una clínica.

Es necesario recordar que los pacientes no son culpables de los problemas con el servicio y el sistema de salud, por lo cual es indispensable tener buena actitud durante la atención al mismo, desde el momento en que ingresa hasta que sale, dándole un saludo cálido, mostrando que le interesa lo que a esa persona le agobia y que busca siempre lo mejor para ella. Algunos objetivos importantes de la consulta deben ser la comprensión por parte del paciente de su estado de salud, es decir que sea consciente de su enfermedad, y el lograr buena adherencia al tratamiento instaurado. Para esto se requiere de la buena disposición del médico, de manera que le explique en qué consiste la terapéutica y cuáles son los pasos a seguir para mejorar su estado actual. Esta explicación debe hacerse de forma clara con el mejor lenguaje posible teniendo en cuenta que el paciente no comprende la terminología médica y aún más que en la mayoría de los casos las personas que consultan a través del sistema de salud son de escasos recursos y por tanto tienen niveles bajos de educación que son una barrera relevante a la hora de expresar lo que les afecta y de comprender la explicación del médico.



Una omisión subsanable”

De la Ley Estatutaria 1752 del 16 de febrero del 2015 "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, en su artículo 16 está plasmado el procedimiento de resolución de conflictos por parte de 11 los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas ~ médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

Existe una figura llamada el Defensor del usuario en salud que se encarga de llevar la vocería, representación y/o defensa de los intereses de los usuarios del sistema de salud. Esta figura vela por el cumplimiento efectivo de los derechos de los pacientes y usuarios y está a cargo de: el Servicio de Atención Ciudadana- SAC que ofrecen las alcaldías y el Sistema de Información y Atención a los Usuarios, SIAU que ofrecen las Instituciones Prestadoras de Servicios Salud.

¿De qué se encarga?

Entre las funciones principales del defensor del usuario en salud se encuentran:

- Orientar y apoyar las peticiones de los usuarios en salud y proponer acciones de mejoramiento continuo.
- Evaluar la satisfacción de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud.
- Garantizar la implementación de la política pública de servicio al usuario en salud, así como el cumplimiento de la normatividad en relación con la atención y prestación del servicio al usuario.
- Promover el desarrollo de una cultura de la salud con participación social, la difusión de los derechos y deberes, así como el fomento de estilos de vida saludable en su territorio.



Una omisión subsanable”

República Dominicana: Se refleja el estudio que la Dra. Yasmin Polanco Ramos realiza Indicadores de calidad en la relación médico paciente en la consulta externa de atención primaria del hospital central de Las Fuerzas Armadas: ya que el mismo es uno de los hospitales con mayor número de pacientes.

Como resultado que el 31.1 por ciento de los pacientes eran mayores de 60 años, el 63.5 por ciento correspondieron al sexo femenino. El 47.3 por ciento de los pacientes encuestados tenían un nivel básico de escolaridad, un 31.1 por ciento de los pacientes encuestados vivían en unión libre, el 87.8 por ciento de los pacientes demoraron menos de una semana en ser citado, un 55.4 por ciento de los pacientes tardaron más de 45 minutos en llegar al centro hospitalario. El 79.7 por ciento de los pacientes esperaron entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico, el 93.2 por ciento de los pacientes esperaron entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico. Un 96.8 por ciento de los pacientes opinaron que el horario en que atiende el centro de salud le parece adecuado y un 83.8 por ciento dijo que no había sido atendido por el médico que lo atendió, el 87.8 por ciento de los pacientes opinaron como excelente la presentación del personal médico, el 82.4 por ciento de los pacientes opinaron no conocer el nombre del médico que lo atendió y un 66.2 por ciento señaló que el médico que lo atendió se presentó antes de iniciar la consulta. La mayoría de los pacientes calificaron entre 4 y 5 puntos la relación médico-paciente como casi siempre, el 52.7 por ciento de los pacientes clasificaron la atención recibida como buena, el 91.9 por ciento de los pacientes señalaron estar muy satisfecho con la atención recibida, el total de paciente señaló que volvería a utilizar el servicio médico del centro hospitalario.

Por lo tanto se puede observar que la atención y la RMP en este centro es bastante eficaz, como debería serlo en todos los centro de atención médica.

En el artículo 28 de la Ley General de Salud NO. 42-01 inciso h) El derecho a decidir, previa información y comprensión, sobre su aceptación o rechazo de asumir el tratamiento. Se exceptúan de esta disposición los casos que representen riesgos para la salud pública. En el caso de menores, discapacitados mentales y pacientes en estado crítico



Una omisión subsanable”

sin conciencia para decidir, la decisión recaerá sobre sus familiares directos, tutores o en su ausencia sobre el médico principal responsable de su atención; pero es bueno destacar que con la existencia del defensor muchos de los problemas en la RMP se acabarían, pues este sería el encargado de velar por la protección y las mejores decisiones del enfermo.

En España: el mayor cambio que se va a vivir en la relación médico-paciente tiene que ver con el denominado consentimiento informado en la toma de decisiones entre médico y paciente. Dejando atrás la relación paternalista y moralista, el nuevo contrato se caracterizará por la toma de decisiones compartidas, lo que significa dar valor al paciente como persona capacitada, a pesar de su vulnerabilidad por la enfermedad, para aceptar o rechazar las opciones que el facultativo, en su plano técnico y poseedor del conocimiento, ofrece al paciente, tanto en cuanto a pruebas diagnósticas como en el aspecto terapéutico. Sin embargo, este nuevo contrato, que insisto, tomará a mediados del siglo XX el nombre de consentimiento informado, no tuvo un recorrido sencillo, e incluso hoy no es admitido fácilmente por toda la profesión.

El Colegio de Médicos de Valencia ha creado la figura del Defensor del Médico, en respuesta a las demandas de los facultativos, que precisan de una sede en la que se atiendan sus necesidades específicas. La figura con la que, en oposición, parece relacionarse es la del Defensor del Paciente, órgano encargado de gestionar las reclamaciones y sugerencias respecto a las cuestiones relativas a derechos y obligaciones de los pacientes, cuyo principal objeto se cifra en la intermediación entre los ciudadanos y la Administración sanitaria. La reflexión que provoca esta dualidad de figuras es, a priori, la existencia de una oposición de intereses entre pacientes y médicos. La idea de defensa o defensor, suscita, de inmediato, la presencia de un ofendido o agredido, alguien cuyas prerrogativas y derechos precisan de una garantía.

El capítulo 1 de la Ley General de Salud Pública NO. 33/2011, actualizada el 23-3-2023, está presente los derechos y deberes de los pacientes, en donde expone todas las actuaciones que dichos pacientes pueden realizar.



Una omisión subsanable”

En Suecia: uno de los ejemplos más notables de la figura del defensor del paciente se encuentra en este país. Este sistema se ha implementado para garantizar que los derechos de los pacientes sean protegidos y que reciban atención de calidad. Algunas características de dicha figura en este lugar son las siguientes:

1 Accesibilidad: los pacientes pueden contactar a defensores en hospitales y clínicas, quienes están disponibles para ayudar en la comprensión de sus derechos y opciones. 2 Asesoramiento: proporcionan información sobre cómo presentar quejas o reclamaciones, así como orientación sobre los procedimientos médicos y derechos relacionados con la atención sanitaria. 3 Mediación: actúan como intermediarios en conflictos entre pacientes y proveedores de salud, ayudando a resolver disputas y facilitando el diálogo. 4 Educación: ofrecen recursos educativos para empoderar a los pacientes, asegurando que estén informados sobre su salud y tratamientos. 5 Investigación y Mejora: recogen datos sobre quejas y experiencias de pacientes, lo que permite a las autoridades de salud identificar áreas de mejora y hacer ajustes en las políticas y prácticas.

Este modelo sueco destaca por su enfoque en la participación activa del paciente en su atención médica, promoviendo una cultura de respeto y comunicación abierta entre los profesionales de la salud y el enfermo.

1.4 Ejemplo de casos complicados en la relación médico- paciente:

Estados Unidos: aquí existe un ejemplo de la necesidad del defensor del paciente. En 1914, una mujer, Mary Schloendorff, aquejada de una molestia abdominal, había sido diagnosticada de un tumor fibrinoide y dio permiso para una evaluación bajo anestesia para saber si el tumor era benigno o maligno, pero no para la cirugía. Sin embargo, los cirujanos extirparon el fibroma, ante lo cual la paciente demandó al Hospital de Nueva York donde se produjo la cirugía, y el juez Benjamín Cardozo dejó por escrito la siguiente opinión del Tribunal:



Una omisión subsanable”

Todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene un derecho a determinar qué debe de hacerse con su propio cuerpo; y el cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente, comete un asalto a consecuencia del cual es responsable por daños. Esto es verdad, excepto en casos de emergencia, cuando el paciente está inconsciente y cuando es necesario operar antes de que pueda ser obtenido el consentimiento.

Se acababa de producir un hecho, si bien jurídico, que repercutiría en toda la relación entre médicos y pacientes. Se sentaba jurisprudencia sobre la necesidad de los médicos de aceptar el consentimiento de sus pacientes sobre todo aquello que tuviese que ver con su enfermedad y tratamiento, salvo las excepciones ya reseñadas por el propio juez en su sentencia. Este caso es considerado el punto de partida del reconocimiento jurisprudencial del derecho al consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano, y la palabra clave que tendrá mucha relevancia en las siguientes sentencias sobre la toma de decisiones entre médicos y pacientes será la de autodeterminación del paciente.

El caso Indi Gregory: el dilema bioético entre el derecho a morir y el derecho a la vida.

La niña británica Indi Gregory de ocho meses, que fue desconectada del respirador al que estaba conectada el domingo 12 de noviembre del 2023, falleció tras la batalla legal que habían emprendido sus padres meses antes para mantenerla con respiración asistida y trasladarla a un hospital infantil del Vaticano en Roma.

La pequeña padecía una enfermedad mitocondrial incurable, por lo que la Corte Supremo de Reino Unido ordenó interrumpir su tratamiento y retirarle el soporte vital, a pesar de la oposición de sus padres.



Una omisión subsanable”

Indi, que estuvo recibiendo tratamiento en el Queen’s Medical Center en Nottingham, Inglaterra, padecía la misma enfermedad que sufría Charlie Gard, el bebé que falleció en 2017 tras una lucha similar por parte de sus padres para intentar salvarle la vida.

En un último intento para que Indi continuara recibiendo atención médica, el pasado 6 de noviembre del 2023, 45 minutos antes de que se hiciera efectiva la decisión legal que instaba a retirarle el sistema de soporte vital, el gobierno italiano concedió a la niña la nacionalidad italiana para que pudiera viajar a Roma donde recibiría tratamiento en el hospital Bambino Gesù.

A pesar de los deseos de los padres de trasladarse a Italia, el 8 de noviembre de ese propio año la Corte Suprema inglesa dictaminó que a la niña se le debía retirar el soporte vital en el hospital o en un hospital de cuidados paliativos. La solicitud de sus padres de llevársela a su casa fue denegada. En su lucha en la Corte Suprema británica han recibido apoyo legal de Christian Legal Centre.

El juez dictaminó que sería imposible retirarle el soporte vital en su casa ya que, según los médicos, Indi estaba “claramente angustiada, alterada y dolorida” y “sus cuidados posteriores tendrían que ser gestionados por profesionales cualificados con recursos disponibles para tratar las complicaciones y minimizar la angustia”.

El Dr. Keith Girling, director médico de los hospitales de Nottingham declaró que “este es un momento increíblemente difícil para Indi y su familia, y nuestros pensamientos están con ellos hoy. Tras la decisión del Tribunal Superior de hoy, nuestra prioridad seguirá siendo proporcionar a Indi atención especializada adecuada a su condición y de acuerdo con la dirección del tribunal, apoyando a la familia todo lo posible.”

Valoración bioética

El abordaje del tratamiento de pacientes incurables presenta con frecuencia dilemas éticos de difícil resolución. Tal como ya ocurrió en el mencionado caso de Charlie Gard, un



Una omisión subsanable”

tribunal desatiende de nuevo la petición de los padres de un paciente afectado de una enfermedad grave al que se quiere retirar el soporte vital, decisión que precipitará con toda probabilidad, su muerte.

La decisión de retirada de soporte vital puede resultar éticamente justificada en determinados casos en los que su mantenimiento puede prolongar la agonía y los sufrimientos del paciente sin expectativas de mejoramiento o alivio de sus síntomas. Mantener este soporte en el mencionado caso supondría una forma de obstinación terapéutica que, lejos de beneficiar al paciente, supondría un acto maleficiente que debe evitarse.

Pero en otras circunstancias, y específicamente cuando existe alguna esperanza de tratamiento, aunque sus posibilidades de éxito sean pequeñas, la decisión de retirar este soporte no parece tan justificada. Cuando un hospital italiano ofrece sus servicios de asistencia médica para acompañar a este paciente afectado de una enfermedad incurable, es porque valora la posibilidad de mejorar su estado, aunque sea de forma transitoria, controlando sus sufrimientos y proporcionando una limitada esperanza de vida que sus padres reclaman.

En este caso, la negativa de un tribunal a conceder la oportunidad a un equipo médico que así lo ha propuesto le proporcione cuidados paliativos al paciente incurable que le permitan vivir mejor la fase final de su enfermedad, presenta dilemas no fácilmente justificables. Las razones aducidas en el sentido de que el paciente presentaba angustia y dolor no parecen consistentes, dado que son síntomas que podrían controlarse con cuidados paliativos adecuados.

En estos casos deben evitarse posicionamiento de corte utilitarista en los que parecen primar dos factores: por un lado, la posibilidad de devaluar la vida del paciente incurable y totalmente dependiente que perdería dignidad y merecería, por tanto, menos



Una omisión subsanable”

cuidados; por otro, los criterios economicistas que estiman injustificado dedicar grandes recursos a pacientes con poca esperanza de vida.

El valor inalienable de toda vida humana, aún la más frágil y dependiente, exigiría, como en este caso, haber valorado correctamente la propuesta ofrecida por el hospital italiano en consonancia con la voluntad expresada por sus padres, aunque ello supusiera un gasto económico y una movilización de recursos considerables, porque la dignidad de Indi así lo justifica.

Merecen nuestro reconocimiento las posiciones tanto del hospital Bambino Gesù como del gobierno italiano, que parecen haber valorado mejor la vida de Indi y la voluntad de sus padres que el juez británico que ordenó su desconexión e impidió el traslado. También es de agradecer la ayuda que han recibido de Christian Legal Centre en su batalla legal por intentar mantener a su hija con vida.

Epígrafe II. La intervención del defensor del paciente en la relación médico paciente.

2.1 Antecedentes de leyes de Salud Pública en Cuba:

En Cuba según estudios e investigaciones cuando triunfa la Revolución se tomaron varias medidas de salud e higienización para la población pero no había existido ninguna Ley de Salud Pública hasta 1983 cuando surge y entra en vigor la Ley 41 vigente hasta la actualidad, la cual ha regulado nuestro sistema de salud por más de 40 años, logrando tener grandes logros en este sector, evidenciando una de las obras más lindas creadas por la Revolución, pero a medida que pasa el tiempo cambian las condiciones sociales, culturales, económicas y legislativas de la población; por lo tanto surgen nuevas necesidades e inquietudes, las cuales ya con la Ley Vigente no son resueltas y de ahí la idea de crear una nueva Ley de Salud Pública, capaz de enfrentar todos estos cambios y lograr una estabilidad en el ámbito médico.



2.2 Comparación de la Ley Vigente No.41 de Salud Pública de Cuba de 1983 con la nueva Ley de Salud Pública en cuanto a los Derechos del paciente y la Atención Médica y Social:

Como bien, en la Constitución de Cuba el artículo 72 declara que la salud pública es un derecho de todas las personas, siendo responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación, para lo cual dispone que la ley defina el modo en que los servicios de Salud se prestan. Hay que tener presente cuáles son esos derechos y como se mejora en pos de contribuir a lo plasmado en dicho artículo:

Comenzar diciendo que ambas leyes tienen como eje central la protección y cuidado de la salud de los seres humanos de forma gratuita y eficiente, son producto del mecanismo de gobierno y del proyecto que Fidel Castro siempre deseó e implementó en Cuba. La Ley Vigente de Salud Pública no tiene en su cuerpo legislativo los derechos del ciudadano como tal, es decir, los tiene pero de forma implícita no los plantea de forma directa; por otro lado la futura Ley de Salud Pública en su Capítulo III en la Sección Primera los expresa de manera clara y precisa:

16. Los derechos de los usuarios que acceden a los servicios de atención, protección y recuperación de la salud:

- a) Acceder de forma gratuita a los servicios de atención, protección y recuperación, según se establece en la presente Ley;
- b) ser atendidos por personal sanitario con la habilitación requerida;
- c) recibir servicios de Salud oportunos y con calidad;
- d) acceder a los medicamentos y/o productos o insumos sanitarios necesarios para promover, conservar o restablecer la salud, mediante las regulaciones establecidas al respecto;



Una omisión subsanable”

-
- e) recibir un trato digno y con equidad, libre de abusos, coerción o violencia, basado en los principios de la bioética y la ética médica y sin discriminación por ninguna causa, condición o circunstancia personal que impliquen distinción lesiva a su dignidad y a los derechos humanos;
 - f) ser atendido con respeto y resguardo a su integridad física, intimidad y situación de salud;
 - g) que se les reconozca y respete el desarrollo de su sexualidad de forma saludable;
 - h) acceder a métodos para la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo, con las excepciones que se establezcan;
 - i) recurrir a tratamientos para la infertilidad y para procrear mediante el uso de técnicas de reproducción humana asistida;
 - j) acceder sin límites a las informaciones referentes a su salud y a los cuidados que requieran;
 - k) obtener protección de sus datos personales, de las informaciones sobre su estado de salud y de las estancias en instituciones sanitarias;
 - l) solicitar y recibir en términos comprensibles para el usuario, sus familiares o acompañantes, información veraz, completa y continuada sobre su estado de salud, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, las precauciones y las advertencias de los medicamentos que se prescriban y administren;
 - m) obtener su consentimiento o el de un familiar o representante legal, para explorar, tratar o exhibir su condición personal de salud con fines docentes o científicos;
 - n) ser consultado y emitir consentimiento, libre e informado, sobre la posibilidad de que su información o los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le



Una omisión subsanable”

apliquen puedan ser utilizados en función de un proyecto de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud;

o) solicitar y obtener certificado médico sobre su estado de salud, cuando existan los criterios médicos para su emisión;

p) presentar quejas y peticiones, y recibir respuesta oportuna, pertinente y fundamentada sobre ellos;

q) acceso a los adelantos científico-técnicos en pos del bienestar social;

r) emitir las voluntades anticipadas sobre los cuidados a su salud, y

s) acceso a las determinaciones para el final de la vida como el derecho a una muerte digna.

2. La obtención del consentimiento informado previo a la aplicación de cualquier tratamiento médico, procedimiento o proyecto de investigación, implica ofrecer la información integral, amplia y suficiente que permita emitirlo sin reservas.

La Ley Vigente habla sobre la Atención Médica y Social de una forma más extensa y explicando cómo se atiende cada caso, reflejado en su Capítulo II por SECCIÓN PRIMERA De la atención médica, preventiva y curativa, SECCIÓN SEGUNDA De la atención materno-infantil, SECCIÓN TERCERA De la atención al adolescente, SECCIÓN CUARTA De la atención al adulto, SECCIÓN QUINTA De la atención a los ancianos, SECCIÓN SEXTA De la atención estomatológica, SECCIÓN SÉPTIMA De la atención ambulatoria y hospitalaria, SECCIÓN OCTAVA De los procedimientos médicos sobre el paciente, SECCIÓN NOVENA De los pacientes con trastornos psiquiátricos, SECCIÓN DÉCIMA De la rehabilitación , SECCIÓN ONCENA De las donaciones de órganos, sangre y otros tejidos, SECCIÓN DUODÉCIMA De las Necropsias, SECCIÓN DECIMOTERCERA De las actuaciones médico-legales , SECCIÓN DECIMOCUARTA De los certificados y del peritaje médico, SECCIÓN DECIMOQUINTA De las instalaciones minero-medicinales y SECCIÓN DECIMOSEXTA De las prestaciones gratuitas; mientras que la nueva Ley muestra la atención Médica y Social de una forma



Una omisión subsanable”

más atemperada a los cambios y desarrollo sociales introduciendo el Consentimiento Informado, la salud sexual y reproductiva y la determinación para el final de la vida, además de existir cambios en la terminología de las palabras llevándolas a un punto más elevado y abarcador; en la misma se expresa igual que en la anterior en el Capítulo II pero con las siguientes secciones: Sección Primera Disposiciones generales, Sección Segunda Consentimiento informado, Sección Tercera Salud sexual y reproductiva, Sección Cuarta Persona Adulta Mayor, personas en situación de discapacidad, en situación de vulnerabilidad y los cuidados de salud, Sección Quinta La salud mental, Sección Sexta Dación y trasplante de órganos, tejidos y células, Sección Séptima Otros servicios de atención médica y social, Sección Octava Determinaciones para el final de la vida, Sección Novena Las pericias médico legales, Sección Décima Otras actuaciones y documentos médico legales.

La Ley 41 de 1983 plantea sobre los procedimientos médicos del paciente en su artículo 34 y 35 que estos se realizan en todas las unidades de salud del país y las decisiones para estos procedimientos se valoran por el personal facultado para ello, teniendo en consideración la alteración de la salud de que se trate e informando al paciente o familiares la conducta a seguir. En todos los casos se respeta el pudor y la sensibilidad de los pacientes y familiares. Por otro lado, la nueva Ley de Salud ya habla del consentimiento informado en donde el médico tiene que informar al paciente sobre su condición y sobre los procedimientos que va a utilizar, y solo el paciente o el encargado de este pueden decidir plasmado en el artículo

129.1: Para la obtención del consentimiento informado se procede de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, bajo el principio de que la información requerida y suficiente que contribuya a la comprensión y discernimiento previo y libre en la toma de decisiones, se brinde por personal habilitado, calificado y multidisciplinario, en ambientes seguros y amigables, con respeto a la intimidad personal.



Una omisión subsanable”

2. La obtención del consentimiento informado para cada caso se realiza con la aprobación expresa por escrito del paciente o el usuario del servicio, excepto en aquellas circunstancias reguladas en la presente Ley.

3. Cuando la situación de salud física impida emitir el consentimiento de forma escrita, este puede obtenerse de forma verbal, con testigos, declaración que debe constar como informada en la historia clínica a cargo del personal de asistencia médica.

4. Cuando se trate de personas menores de edad, un equipo multidisciplinario valora la evolución de sus facultades cognitivas, la autonomía progresiva y otros requisitos esenciales para la observancia de su interés superior, con el acompañamiento de las personas titulares de la responsabilidad parental o quienes fungen como sus representantes o tutores, de forma que participen en la recepción de información y se tengan en cuenta sus voluntades y preferencias, previo a la toma de decisiones con respecto a la salud del menor.

5. En el caso de personas en situación de discapacidad, se tiene en cuenta el respeto a sus voluntades y preferencias, hasta tanto permita su discernimiento comprender la información y emitir su consentimiento informado; a tales efectos se considera la participación de la persona por él designada, familiares, apoyos u otras personas afectivamente cercanas.

2.3 La intervención del Defensor Médico. Pertinencia y beneficios que aporta.

Es importante destacar que en la Defensoría creada en nuestro país en junio del 2023 existe la figura del defensor, el cual tiene como misión garantizar, proteger y defender los derechos de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, personas víctimas de violencia o discriminación en cualquiera de sus manifestaciones. Dicha institución tiene sus fundamentos legales desde la Constitución de la República pero también en normas de rango superior, es decir leyes, como es el caso del Código de las Familias y el Código de los Procesos.

Destacar que los defensores son juristas con excepción de jueces, fiscales y notarios, deben tener un alto compromiso ético, una alta sensibilidad, solidaridad, discreción para



Una omisión subsanable”

asumir los problemas de los sujetos que acudan a recibir los servicios de la defensoría. Tienen como función tratar de que por la vía pasiva, de forma armoniosa se resuelva el conflicto dado y no ir a otros mecanismos, siempre van a iniciar un proceso.

Nuestro defensor en el ámbito de la relación médico sería un especialista capacitado en la materia, en donde intervenga en todas las decisiones que puede tomar el médico siempre pensando en la mejor para el paciente, de forma inmediata, no van a iniciar ningún tipo de proceso pues su objetivo es mediar esa relación, dicha figura podría ser un especialista en salud, un jurista, un psicólogo, pero no es nuestra intención definir quién sería, sino demostrar los beneficios y la pertinencia de que exista dicha figura en el Reglamento de la Nueva Ley de Salud.

En muchas ocasiones esta figura protectora es necesaria porque se ha dado el caso que determinados pacientes no pueden tomar una decisión, pues se encuentra incapacitado por diferentes motivos, para tal acción, y ahí precisamente es donde juega el rol el defensor.

El defensor va a ser capaz de decidir lo mejor para ese defendido, sin poner cuestiones sentimentales ni profesionales en la decisión final, es decir, muchas veces el familiar quiere lo mejor para sí mismo y no lo que realmente lo necesario para el enfermo, por otro lado está el médico, siempre va a querer tomar la decisión que cree correcta según su preparación como especialista, sus estudios y aprendizajes, pero no lo que desea el paciente.

Va actuar de manera imparcial, buscando siempre la justicia, velando por encima de todo el interés superior del paciente. En nuestros días es de gran importancia que se tome en serio el significado y gran uso que tiene el defensor en esas personas desposeídas y vulnerables.

Dicha figura en la relación médico- paciente es fundamental para garantizar que se respeten los derechos y la autonomía del paciente. Algunos de los aspectos clave sobre tal figura son los siguientes:



Una omisión subsanable”

1-La Protección de Derechos:

*Autonomía del Paciente: el defensor ayuda a asegurar que el paciente tenga voz en su tratamiento y que sus decisiones sean respetadas.

*Consentimiento Informado: asegura que el paciente comprenda los procedimientos y tratamientos propuestos, así como sus riesgos y beneficios.

2-Comuniucación:

*Facilitador del Diálogo: el defensor puede actuar como intermediario entre el médico y el paciente, ayudando a aclarar dudas y a mejorar la comunicación.

*Expresión de Necesidades: ayuda al paciente a expresar sus preocupaciones y necesidades de manera efectiva.

3-Apoyo Emocional:

*Presencia en Momentos Críticos: puede ofrecer apoyo emocional durante momentos difíciles, como diagnósticos graves o decisiones complicadas sobre tratamientos.

*Reducción de Ansiedad: la presencia de un defensor puede ayudar a reducir la ansiedad del paciente, proporcionando una sensación de seguridad.

4-Educación y Recursos:

*Información Adicional: puede proporcionar información adicional sobre opciones de tratamiento, recursos disponibles y derechos del paciente.

*Acceso a Recursos: facilita el acceso a servicios de salud, grupos de apoyo y otros recursos que pueden ser beneficiosos para el paciente.

5-Ética y Confidencialidad:

*Respeto a la Privacidad: el defensor debe actuar con ética, respetando la confidencialidad del paciente y sus deseos.



Una omisión subsanable”

*Intereses del Paciente: su papel es velar por los intereses del paciente, asegurando que se tomen decisiones en su mejor interés.

6-Resolución de Conflictos:

*Mediador: en caso de desacuerdos entre el médico y el paciente, el defensor puede ayudar a mediar y encontrar soluciones que sean aceptables para ambas partes.

*Defensa Legal: en situaciones extremas, el defensor puede tener un papel en la defensa legal del paciente si se violan sus derechos.

Algunas de las funciones que puede cumplir el defensor como garante de los derechos del paciente en la Nueva Ley de Salud Pública pueden ser los que se muestran a continuación:

1-Asesoramiento y Orientación: proporciona información sobre los derechos de los pacientes, procedimientos de reclamación y recursos disponibles en el sistema sanitario.

2-Recepción de Quejas y Sugerencias: escucha y recoge quejas, sugerencias y comentarios de los pacientes sobre la atención recibida, facilitando un canal para expresar sus preocupaciones.

3-Mediación: actúa como intermediario entre pacientes y profesionales de la salud para resolver conflictos y mejorar la comunicación, buscando soluciones satisfactorias para ambas partes.

4-Investigación de Incidencias: realiza investigaciones sobre situaciones específicas que afectan a los pacientes, analizando casos para identificar problemas en la atención sanitaria.

5-Recopilación de Datos: recoge y analiza información sobre quejas y experiencias de los pacientes, contribuyendo a la identificación de áreas de mejora en el servicio.



Una omisión subsanable”

6-Promoción de Derechos: fomenta el conocimiento y respeto de los derechos de los pacientes dentro del sistema sanitario, promoviendo una cultura de atención centrada en el paciente.

7-Colaboración con Instituciones: trabaja en conjunto con otras entidades y organismos para mejorar la calidad de la atención médica y promover políticas que beneficien a los pacientes.

8-Informe y Recomendaciones: elabora informes sobre quejas y situaciones detectadas, proponiendo recomendaciones a las autoridades sanitarias para mejorar la atención sanitaria y el servicio.

En la relación médico- paciente es crucial la figura del defensor del paciente por varias razones:

1-Protección de los Derechos: asegura que los derechos de los pacientes sean respetados, promoviendo una atención sanitaria que cumpla con principios éticos y legales.

2-Mejora de la Comunicación: facilita el diálogo entre pacientes y profesionales de la salud, ayudando a aclarar malentendidos y a formar una comunicación abierta y efectiva.

3-Empoderamiento del Paciente: proporciona a los pacientes la información necesaria para que se sientan más seguros y empoderados en la toma de decisiones sobre su salud.

4-Resolución de Conflictos: ayuda a resolver problemas antes de que se conviertan en quejas formales o disputas legales.

5-Calidad de la Atención: al recoger quejas y sugerencia, el defensor del paciente contribuye a identificar una mejor atención sanitaria, beneficiando a futuros paciente e incluso mejorando el sistema de salud.

6-Fomento de Confianza: los pacientes se sienten más cómodos al expresar sus preocupaciones, lo que fortalece la confianza en el sistema sanitario y en su equipo médico.



Una omisión subsanable”

7-Educación y Concienciación: informa tanto a pacientes como a profesionales sobre derechos y responsabilidades, promoviendo una cultura de respeto y cuidado en la atención sanitaria.

8-Aumento de la Satisfacción del Paciente: al abordar las inquietudes y mejorar la experiencia del paciente, se incrementa la satisfacción general con el sistema sanitario.

En resumen el defensor del paciente actúa como un puente esencial en la relación médico- paciente, el cual promueve un ambiente más justo, comprensivo y centrado en las necesidades del paciente. Esto no solo mejora la experiencia individual del paciente, sino que también contribuye a un sistema de salud más eficiente y humano como tanto quería nuestro presidente Fidel Castro y como se plantea en nuestra Constitución de la República.

La relación médico-paciente en Cuba es una atención efectiva, pero puede presentar problemas que afecten su calidad. Algunos de estos problemas incluyen:

1-Falta de Comunicación: una mala comunicación puede llevar a malentendidos sobre diagnósticos, tratamientos y expectativas.

2-Desconfianza: si el paciente no confía en el médico, puede ser reacio a seguir recomendaciones o compartir información importante sobre su salud.

3-Diferencias Culturales: las variaciones en antecedentes culturales y creencias pueden generar problemas y afectar la percepción del tratamiento.

4-Tiempo Insuficiente: las consultas breves pueden limitar la capacidad del médico para escuchar las preocupaciones del paciente y responder adecuadamente.

5-Expectativas Irrealistas: los pacientes pueden tener expectativas poco realistas sobre los resultados del tratamiento, lo que puede llevar a la insatisfacción.

6-Falta de Empatía: la falta de comprensión emocional por parte del médico puede hacer que el paciente se sienta desatendido o menospreciado.



Una omisión subsanable”

7-Confidencialidad y Privacidad: preocupaciones sobre la protección de la información personal puede inhibir a los pacientes a compartir detalles importantes sobre su salud.

8-Diferencias en la Toma de Decisiones: algunos pacientes prefieren estar más involucrados en las decisiones sobre su tratamiento, mientras que otros pueden esperar que el médico tome todas las decisiones.

9-Inconsistencia en el Cuidado: cambios frecuentes de médicos o falta de continuidad en el tratamiento pueden dificultar la construcción de una relación sólida.

10-Estigmatización: algunos pacientes pueden sentirse estigmatizados por sus condiciones de salud, lo que dificulta la apertura en la comunicación con el médico.

11-Desigualdades Económicas: muchas veces la situación económica del paciente influye mucho en la atención que brinda el médico.



Conclusiones.

Primera: Existen varios modelos de clasificación de la relación médico paciente, los mismos discurren desde los modelos centrados en el médico, pasando por los que preponderan al paciente, y terminando los mutuales o equilibrados.

Segunda: La nueva Ley de Salud Pública cubana se afilia al modelo de relación médico paciente mutua o equilibrado, preponderando la camaradería, la amistad y el respeto a las convenciones adoptadas por el paciente, y las establecidas por los protocolos médicos y consentidas por el paciente o su representante.

Tercera: El defensor familiar interviene específicamente en materia civil, familiar, así como en la prevención, protección, garantía y restablecimiento de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes; las personas en situación de discapacidad; las personas adultas mayores; las personas víctimas de violencia en todas sus aristas, mientras que el defensor del paciente es la figura especializada en la defensa del interés superior del paciente y proteger sus derechos.

Cuarta: La instauración de la figura del defensor del paciente es procedente en correspondencia con el modelo mutua o equilibrado de la relación médico paciente al que se acoge la nueva Ley de Salud Pública cubana; diferenciándose de la figura del defensor familiar.

“La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.



Una omisión subsanable”

Recomendaciones:

Única: Al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Salud Pública que se valore la inclusión de la figura del defensor del paciente con todas sus funciones en el Reglamento de la nueva Ley de Salud Pública recientemente aprobada.



Referencias bibliográficas:

Cañizares Abeledo, D. F. (2019). Derecho Médico. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba.

Celedón, C. Relación médico paciente.

<http://dx.doi.org/10.4067/S071848162016000100007>.

Defensoría del Usuario. Gobernación de Cundinamarca.

<https://www.cundinamarca.gov.com>.

El caso Indi Gregory: el dilema bioético entre el derecho a morir y el derecho a la vida.

<https://www.observatoriobioetica.org>.

Elío-Calvo, D. (2021) La relación médico-paciente.

<http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v27n2/1726-8958-rmcmlp-27-02-92.pdf>.

Foro de la Profesión médica de España. Manual de la Relación Médico Paciente.

La función mediadora del Defensor del Paciente. Suecia. <https://dialnet.unirioja.es>.

Martínez Gómez, J. A. (2013). Naturaleza jurídica de la relación médico – paciente.

<http://www.cbioetica.org/revista/132/132-0413.pdf>.

Martínez Montauti, J. (2011). La relación médico-paciente. Ediciones de la Universitat de Barcelona, España.

Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. <https://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>.

Suárez Cadena, F. C. Manteniendo la relación médico-paciente a pesar de las dificultades



del sistema de salud Colombiano. MÉD.UIS. 2016; 29(2):7-9.

Polanco Ramos, Y. (2019). Indicadores de Calidad en la Relación Médico Paciente en la Consulta Externa de Atención Primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

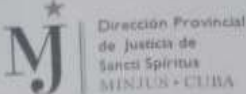
Legislaciones:

- 1.Ley 26529 DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. Argentina.
- 2.Ley NO.41 de 1983. General de Salud Pública. Cuba.
- 3.Ley NO.42-01. General de Salud. República Dominicana.
- 4.Ley 33/2011. de 4 de octubre. General de Salud Pública. España.
<https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>.
- 5.Ley Estatutaria NO.1751 del 16 de febrero del 2015. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Colombia.



Una omisión subsanable”

Anexo 1:

 **A: Universidad de Sancti Spiritus “José Martí Pérez”**
Facultad de Humanidades
Carrera de Derecho

Sancti Spiritus, 1 de octubre de 2024

Teniendo en cuenta que la Resolución Conjunta No.1/2019 MINUS-MES, estipula en su Disposición Final Primera que la investigación estudiantil, las tesis de maestrías y doctorales de autores nacionales de las facultades de Derecho del país en lo sucesivo, se dirigen, en su mayoría, a las prioridades del perfeccionamiento legislativo del país.

Tenemos a bien otorgar el

AVAL DE ENTIDAD DEMANDANTE

A favor de la investigación “La nueva Ley de Salud Pública y la intervención del defensor del paciente. Una omisión subsanable”, bajo la autoría de la estudiante Mariceilys Morales Álvarez, y como tutor el máster en ciencia Yhovani R Reyes Castro, estableciendo el siguiente compromiso:

- Acompañamiento en la investigación relacionada con el “la necesidad de contar con una instancia que solucione las problemáticas que se dan en los hospitales, constituyéndose en espacios de defensa de derechos que tienen por objeto mejorar la calidad en el servicio que presta el personal en salud a pacientes y familiares y, evitar la vulneración de sus derechos; teniendo como objetivo facilitar el relacionamiento médico-paciente – administrativo a través de una atención orientadora y/o preventiva, buscando la satisfacción del paciente y el respeto a sus derechos”; así como de la recepción e implementación de sus resultados.


Para que así conste, se firma a los efectos legales y reconocimiento institucional.

Funcionario que autoriza:

Nombre: Maricely Suárez Rodríguez

Cargo: Directora Justicia

Firma: [Firma]



Cuño

“La nueva Ley de salud pública y la intervención del defensor del paciente.



Una omisión subsanable”
