

Ombudsman del paciente: derechos en los cuidados de la salud

Aline Albuquerque

Resumen

Este artigo analisa o papel do ombudsman do paciente na implementação de seus direitos, refletindo sobre sua aplicação no Brasil. Trata-se de pesquisa de cunho teórico sobre o tema e suas diferenças em relação aos direitos humanos dos pacientes. Conclui-se que o modelo proposto para o Brasil enfatiza a atuação de ombudsman local, notadamente no ambiente hospitalar, mas também defende a instituição de profissionais regionais, para lidar com pacientes da atenção primária. Contudo, propugna-se que o regional seja facultativo, em razão de o hospital ser o ambiente com mais adversidades. Ainda, destaca-se que a autorização do ombudsman seja dada por lei que estabeleça prerrogativas específicas, como sua autonomia e independência, qualificação apropriada e apuração célere de reclamação.

Palavras-chave: Ombudsman. Pacientes. Direitos humanos. Sistema de saúde. Defesa do paciente. Direitos do paciente.

Resumo

Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde

Este artigo analisa o papel do ombudsman do paciente na implementação de seus direitos, refletindo sobre sua aplicação no Brasil. Trata-se de pesquisa de cunho teórico sobre o tema e suas diferenças em relação aos direitos humanos dos pacientes. Conclui-se que o modelo proposto para o Brasil enfatiza a atuação de ombudsman local, notadamente no ambiente hospitalar, mas também defende a instituição de profissionais regionais, para lidar com pacientes da atenção primária. Contudo, propugna-se que o regional seja facultativo, em razão de o hospital ser o ambiente com mais adversidades. Ainda, destaca-se que a autorização do ombudsman seja dada por lei que estabeleça prerrogativas específicas, como sua autonomia e independência, qualificação apropriada e apuração célere de reclamação.

Palavras-chave: Ombudsman. Pacientes. Direitos humanos. Sistema de saúde. Defesa do paciente. Direitos do paciente.

Abstract

Patient ombudsman: rights in health care

This article aims to analyze the role of the Patient ombudsman in the implementation of patients' rights, reflecting on their application in Brazil. This is a theoretical research on the subject and its differences in relation to the human rights of patients. It has concluded that the proposed model for Brazil emphasizes the role of local ombudsman, especially in the hospital environment, but also defends the institution of regional professionals to deal with primary care patients. However, it is suggested that the regional one be optional, because the hospital is the major focus of adverse events. Also, it should be noted that the authorization of the ombudsman is provided by law, which establishes specific prerogatives, such as their autonomy and independence, appropriate qualification, and efficient investigation of complaints.

Keywords: Ombudsman. Patients. Human rights. Health system. Patient advocacy. Patient rights.

1. PhD alineoliveira@hotmail.com – Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Aline Albuquerque – SQSW 302, bloco F, apt. 105 CEP 70673-210. Brasília/DF, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Los derechos de los pacientes comenzaron a ser reconocidos en la década de 1970; no obstante, para varios países, su previsión legislativa adquiere un verdadero marco en los años 1990¹. La aprobación de leyes sobre los derechos de los pacientes en determinados países estimuló la percepción de que, aunque la ley fuese un instrumento esencial para asegurarlos, no era suficiente. En consecuencia, se instituyeron instrumentos específicos, destacándose el ombudsman del paciente, cuya función es promover tales derechos, por medio de la recopilación de reclamos realizados por enfermos².

La figura del ombudsman surgió en Suecia hace 300 años, para identificar quién tenía derecho y poder de hablar en nombre de otro. No obstante, en el área de la salud, no fue creada en Suecia, sino en Finlandia, en 1992³. Actualmente, el cargo existe en el Reino Unido, Austria, Finlandia, Israel, Grecia, Hungría, Noruega⁴, Bélgica⁵, Nueva Zelanda y Canadá⁶.

Brasil, a diferencia de varios países con una legislación sobre derechos del paciente, no tiene una ley nacional acerca del tema, sólo legislaciones dispersas que establecen algunos derechos, como acompañar a las gestantes, a los niños, ancianos y deficientes. Además, existe el derecho a la autodeterminación de la persona con deficiencia, establecido en el Estatuto de la Persona con Deficiencia. Se puede percibir que el país carece de una cultura institucional eficiente, atrasando la discusión entre los profesionales brasileños, lo que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de las personas afectadas y a generar peores resultados en la salud.

Además de la insuficiencia legislativa, Brasil no cuenta con instrumentos que aseguren los derechos de los pacientes, pues, debido a la inexistencia de una ley, el Ministerio de Salud publicó la Carta de los Derechos de los Usuarios de Salud⁷, que no tiene fuerza de ley, pero podría ser utilizada, como ocurre con Canadá, por ejemplo, con la Carta de Derechos y Libertades⁶, que impulsó el establecimiento de medios para proteger a los pacientes.

Para evitar ambigüedades sobre el objetivo de este artículo, se debe distinguir ombudsman del paciente del defensor de la salud o del defensor hospitalario, pues, estos últimos, aunque tengan la función de oír a los enfermos, no promueven sus derechos ni sistematizan sus reclamos. Por otro lado, aunque el ombudsman se ubique como imparcial en el procesamiento de reclamos de los diferentes actores implicados en salud, éste tiene la función central de divulgar informaciones sobre los derechos del paciente, legitimar su reclamo y mediar en eventuales conflictos. Es un especialista en lidiar con reclamaciones, haciendo énfasis en las adversidades de los reclamos y los medios para solucionarlas⁴.

Este artículo analiza el papel del ombudsman en la defensa de los derechos de los pacientes, con

el objetivo de formular una propuesta adecuada para este ejercicio en Brasil. Se trata de una investigación de cuño teórico, basada en las investigaciones de Mackenney y Fallberg⁴, Molven², Colleen y May⁶ sobre el ombudsman del paciente y en la formulación teórica de Albuquerque¹, y de Cohen y Ezer⁸ acerca de sus derechos humanos. Es importante registrar la escasez de investigaciones sobre el tema en Brasil, tanto en el campo jurídico como en la bioética y en la salud.

Uno de los pasos metodológicos fue buscar bibliografía sobre este tipo de ombudsman y, seguidamente, referencias sobre sus derechos, para fundamentar teóricamente la investigación, distinguiendo los derechos del paciente de los de usuarios de la salud.

Posteriormente, se analizó el papel de este ombudsman y su actuación en otros países, con el objetivo de comprender la diversidad de su actuación. Se expusieron las experiencias finlandesas, por ser el primer país en prever en una ley esta función, y la austríaca, por su notable registro de reclamos. Finalmente, se elaboró una propuesta de reflexión sobre el desempeño del ombudsman del paciente en el país.

Distinción entre paciente y usuario

Como este artículo aborda el ombudsman como aquel que defiende los derechos del paciente, es esencial exponer la distinción entre los derechos de estos y de los usuarios. En Brasil hay una gran confusión en el empleo de los términos "paciente" y "usuario" y entre sus derechos correlativos, de la cual deriva la comprensión errada de que podrían ser sucedáneos recíprocos y la grave ausencia de previsión en forma de ley de derechos específicos de los pacientes en el país. Se percibe una amplia predilección por el término "usuario" en la esfera del Sistema Único de Salud (SUS), como si tal concepción pudiese abarcar también la de paciente. Esta confusión, expresada en la Carta de los Derechos de los Usuarios de Salud⁷, no es sólo de cuño semántico, trae también importantes cuestiones jurídicas y de comprensión de los cuidados en salud.

El paciente es la persona bajo cuidados en salud, y el usuario es quien usufructúa de un sistema de salud, pudiendo ser paciente o no. El paciente tiene una relación esencialmente personal con los profesionales de salud, mientras que el usuario tiene una relación impersonal con el servicio; así, los derechos de los pacientes son los derechos de todos quienes están bajo cuidados en salud, y los derechos de los usuarios se relacionan más bien con el contacto con determinado servicio. Son concepciones distintas, y cada una merece reflexiones y estudios propios.

Para ejemplificar, los derechos de los pacientes se refieren al encuentro clínico, al derecho del paciente de consentir o rechazar cuidados en salud, de recurrir a la segunda opinión, a no sentir dolor, escoger dónde desea morir, entre otros. Los derechos de los usuarios conciernen a la prestación de un servicio, como el derecho a obtener informaciones precisas y de fácil acceso sobre los lugares de atención y a la participación en su acompañamiento y evaluación⁹.

Las críticas en Brasil al empleo del término “paciente” se concentran en dos argumentos: el primero es etimológico, indicando que esta palabra denota pasividad y no contempla la dimensión política y de participación social de aquellos que usufructúan de servicios de salud. Además, el origen de “paciente” transmite la idea de vulnerabilidad, nombrando a quien se encuentra en situación de fragilidad, puesto que el término se origina del vocablo latino *pator*, que significa “soportar” o “sufrir”¹⁰. Si, por un lado, las críticas consideran a la fragilidad que emana del vocablo un motivo para sustituirlo, se sostiene, por el otro, que, a la inversa, es significativo y oportuno evidenciar la condición peculiar de vulnerabilidad aumentada del paciente.

Conforme señala Morin, los seres humanos se sirven del lenguaje y crean, muchas veces, productos mentales o ideas que enmascaran la realidad, haciendo que *prioricemos la idea en detrimento de lo real*¹¹. La tentativa de crear mentalmente un paciente que no sea frágil consiste en una negación de lo real, en la medida en que superpone la condición efectiva de quien se encuentra enfermo a la idea trascendente de que la enfermedad no fragiliza a las personas. No obstante, reconocer la vulnerabilidad del paciente no implica negar ni debilitar su autonomía o capacidad de participación social.

La segunda crítica alega que, no obstante se argumente que “usuario” demarca actuación participativa (dándole un carácter social y activo), el punto de vista global es el activismo de pacientes, y no se usuarios. Se subraya que la actuación política y pública de individuos y grupos que quieren reivindicar derechos y transformar servicios de salud puede ser titulada como “activismo de pacientes”¹², “movimiento de los pacientes”¹³ o, conforme la propuesta de Mol¹⁴, “patientismo”, por analogía al feminismo. Se constata que la salvaguarda de los derechos de las personas bajo cuidados no se da a partir del usuario, sino del paciente, que carga consigo la fuerza del activismo.

Derechos de los pacientes en la perspectiva de los derechos humanos

Como se vio en el tópico anterior, quien se encuentra bajo cuidados en salud se puede encuadrar en la condición de paciente y/o de usuario.

El conjunto de derechos de los pacientes deriva de la previsión de normas internacionales de derechos humanos de pacientes, estudiadas por Albuquerque¹, y Cohen y Ezer⁸.

Los derechos de los pacientes y los derechos humanos se fundamentan y se diferencian en cuatro aspectos: primero, los derechos de los pacientes tienen como foco a personas en condición de vulnerabilidad aumentada. Segundo, se refieren a la grave asimetría de poder en la relación paciente-profesional. Históricamente, la decisión sobre los cuidados en salud estuvo en manos del médico, y ese desequilibrio puede sustentar conductas autoritarias y patriarcales¹⁵. El tercer aspecto enfatiza la necesidad de dar voz al paciente, brindándole herramientas, como los derechos humanos, para que se posicione y participe activamente de las reivindicaciones de sus derechos¹⁶. Finalmente, el paciente no debe tener su ciudadanía reducida: éste no debe ser visto meramente como un cuerpo o una enfermedad, sino como una persona, cuya identidad se construye de forma subjetiva y está permeada por valores, creencias e intereses¹⁷.

Considerando estos cuatro aspectos, se constata que los derechos humanos son el medio más adecuado para proteger a grupos vulnerables y redistribuir el poder de decisión en el encuentro clínico¹⁵, así como para asegurar el tratamiento del paciente como persona, dado que la indivisibilidad de sus derechos induce a la asociación del derecho a la salud con otros aspectos, como la privacidad, la no discriminación y la exclusión de posibles tratamientos deshumanos y degradantes.

Este modelo de cuidado se basa en el paciente¹⁸, en la lógica del cuidado¹⁴, y no en el profesional, siendo incorporado al discurso de la salud a comienzos del siglo XXI. Es comúnmente comprendido por su negativa, es decir, por aquello que *no es*: no está centrado en la enfermedad, en el hospital, ni en el médico. También puede ser entendido por sus características positivas, como el cuidado respetuoso y responsivo, teniendo en cuenta las preferencias, necesidades y valores del paciente para orientar las decisiones clínicas¹⁸.

En la misma dirección, la lógica del cuidado se distingue de la lógica del mercado o de la elección, que permea la relación de consumo. Según la primera, el cuidado es un proceso interactivo y continuo entre equipo profesional, paciente y familiar, pudiendo ser modelado y remodelado, dependiendo de los resultados¹⁴. La lógica de mercado considera al tratamiento sólo un producto ofrecido al consumidor, proceso de oferta y demanda.

Con el fin de identificar los tratados de derechos humanos que se aplican al paciente, Albuquerque¹, de la misma forma que Cohen y Ezer⁸, presentan el siguiente conjunto: *derecho a la vida; a la salud; a la información; a la privacidad; a*

*la libertad; a no ser sometido a tortura, tratamiento cruel, deshumano o degradante; a no ser discriminado*¹. A partir de estos, se derivaron otros derechos más específicos, con el objetivo de posibilitar su incidencia concreta en los cuidados en salud. Así, se llegó al siguiente conjunto de derechos:

- derecho a contar con un acompañante en consultas e internaciones;
- derecho a una atención de calidad, con profesionales adecuados y capacitados;
- derecho a cuidados seguros;
- derecho a información, incluso a recibir listas de medicamentos;
- derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados en salud;
- derecho a recusar cuidados en salud;
- derecho a ser informado sobre el nombre de los profesionales que participan de la atención;
- derecho a no ser discriminado;
- derecho a la confidencialidad de sus informaciones;
- derecho a la privacidad;
- derecho a acceder al historial médico;
- derecho a hacer elecciones sobre las condiciones de su muerte;
- derecho al manejo de su dolor;
- derecho a ser informado sobre eventos adversos;
- derecho a tener representante/s^{1,19}.

A continuación, se discutirán más cuestiones sobre el trabajo del ombudsman del paciente.

Ombudsman del paciente en la protección de sus derechos

Este tópico se basa en los estudios de Mackenney y Fallberg⁴, Molven², Colleen y May⁶ sobre el tema. Los derechos de los pacientes comprenden, entre otros, el de reclamación, que presupone un instrumento que permita su sistematización rápida, accesible, no costosa e imparcial⁶. De este modo, el ombudsman del paciente es quien procesa las quejas del paciente, con el objetivo de garantizar sus derechos e incrementar la calidad de la salud.

Las reclamaciones y su procesamiento son instrumentos significativos para transformar la cultura de la salud, no obstante, no es una tarea expedita convencer a los profesionales de que deben modificar

su forma de tratamiento. El convencimiento es más fácil cuando el ombudsman se vale de evidencias científicas e informaciones de la práctica clínica.

De este modo, además de recibir y procesar reclamos individuales, debe tener herramientas que le permitan obtener informaciones sobre eventos adversos y analizarlos con los profesionales de los núcleos o las unidades hospitalarias, con vistas a enfrentar sus causas. Por eso es necesario que el ombudsman identifique patrones de problemas en los casos individuales, con el fin de detectarlos y proponer cambios sistémicos⁴.

Según Mackenney y Fallberg⁴, hay tres aspectos centrales para efectivizar un modelo de ombudsman del paciente: 1) imparcialidad e independencia; 2) calificación; y 3) atribuciones. Éste debe actuar independientemente del servicio y de los profesionales involucrados, y esa autonomía debe establecerse en los reglamentos para guiar su actuación y ser imparcial en el tratamiento de las reclamaciones, pues si no adopta una postura adecuada, puede perder credibilidad.

La calificación del ombudsman presupone una formación en cuestiones jurídicas y en el tratamiento de reclamos a ser elevados al poder judicial, así como en asuntos atinentes al contexto clínico. En cuanto a sus atribuciones, es importante que tenga poder suficiente para asegurar la credibilidad de su actuación y la observancia de su posición. También es esencial que tenga acceso a todos los registros y que pueda exigir legalmente la observancia de la reclamación de todos los actores involucrados. En resumen, su papel central es apoyar, servir y proteger al paciente individualmente⁴.

Ante la diversidad de modelos de ombudsman del paciente, a continuación, se abordarán dos perfiles modelo: el finlandés y el austríaco. En Finlandia, primer país en contar con una legislación específica para pacientes, la Ley sobre el Status y los Derechos de los Pacientes, del 17 de agosto de 1992²⁰, consideró en su sección 11 a este profesional, que debe ser indicado por las unidades de cuidados en salud y que puede pertenecer a más de una institución. Sus atribuciones son: orientar a los pacientes sobre cuestiones referidas a la ley; ayudarlos a comprender su derecho de reclamación; informarlos sobre sus derechos; y promover e implementar sus derechos.

Según el modelo finlandés, toda unidad de salud, pública o privada, está obligada a indicar un ombudsman del paciente, dando lugar a más de dos mil profesionales en diferentes lugares del país. La idea central de este modelo es que la divulgación de información inflencie actitudes, prevenga conflictos y, como resultado, promueva los derechos de los pacientes²⁰.

El modelo austríaco se focaliza sólo en el tratamiento de reclamaciones. Desde 2002, los servicios de ombudsman de pacientes son desarrollados en el fondo de compensación de pacientes. En 2009, se registraron 9.561 reclamos y, de estos, 5.349 eran

sobre hospitales, 917 sobre el fondo de compensación del paciente, y 800 sobre médicos. Varios hospitales cuentan con oficinas de ombudsman para este servicio, pero en general forman parte del equipo administrativo del hospital y desempeñan sólo gestión de calidad. En la mayoría de los casos, la defensoría del hospital y el ombudsman trabajan juntos²¹.

De acuerdo con Mackenney y Fallberg⁴, los ombudsmans del paciente utilizan diferentes instrumentos para defender los derechos de los pacientes y procesar sus reclamos imparcialmente. Otro aspecto destacado se refiere al debate sobre el alcance de este profesional; si éste debe ser regional o local. En países como Israel y Hungría, los representantes locales simplifican el trabajo del ombudsman nacional; éste, por su parte, coordina a los representantes locales, así como sistematiza las informaciones y la producción de conocimiento sobre el tema.

Es importante destacar que el procesamiento de las reclamaciones presenta resultados significativos en la solución de conflictos, pues el ombudsman no tiene atribuciones legales para punir a los profesionales, ni para imponer reparaciones pecuniarias. Este éxito también puede ser adjudicado a la naturaleza no contenciosa de las tareas que éste desempeña, como la recolección de información, el acceso a los registros y la escucha de los involucrados en los conflictos²⁰. En efecto, una investigación canadiense señaló que en Nueva Zelanda los procesos disciplinarios de profesionales disminuyeron sus casos anuales de 84 a 8, a partir de la adopción de la Ley de los Derechos de los Pacientes y de un expediente más célere para el tratamiento de los reclamos⁶.

En Quebec, entre 2009 y 2010, más del 98% de las recomendaciones de ombudsman fueron acatadas. Se percibe que su capacidad de persuasión se muestra más poderosa para transformar la cultura de los servicios de salud que los procesos disciplinarios o los litigios. Siendo así, éste puede funcionar como una barrera positiva en los procesos judiciales y disciplinarios, sin adjudicársele una naturaleza punitiva o contenciosa, lo que torna a los proveedores y a los profesionales más receptivos a sus recomendaciones⁶.

El ombudsman del paciente es esencial para defender los derechos de los pacientes y mejorar la calidad de los cuidados en salud. Como se vio, los modelos de actuación pueden variar, y cada país adopta el perfil más adecuado a su situación. A pesar de la elección, este profesional es uno de los principales agentes en la promoción de la salud, y sin su institución la ley se torna letra muerta⁴.

Propuesta para Brasil

Analizando el estado del arte sobre el ombudsman del paciente en Brasil, se exploró en

Google en busca de informaciones sobre su actuación, empleando la expresión “ombudsman del paciente”. Considerando las veinte entradas principales, se identificaron sólo defensorías de hospitales y la defensoría de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). Todas estas sólo hacen mención del contacto para un eventual reclamo y tratan al paciente como usuario de un servicio – problema ya discutido al inicio de este artículo.

Los ejemplos señalan algo ya trabajado: escasez de un abordaje focalizado en el paciente y en sus derechos. Respecto de eso, se pueden plantear tres hipótesis: Brasil no cuenta con una ley sobre los derechos de los pacientes; se confunde el concepto de derecho del usuario con el de paciente (y de consumidor); y el modelo de defensoría ejercido se limita a recoger reclamos y transmitirlos a los órganos competentes. De este modo, se vislumbra que esas defensorías no se asemejan mínimamente a los complejos modelos de ombudsman del paciente en otros países.

Su papel es defender los derechos de los enfermos, cuyo fundamento jurídico se ancla en los derechos humanos de los pacientes, y no en el derecho del consumidor. En el caso de Brasil, el ombudsman del paciente debería hacer valer esos derechos como se prevé en el Proyecto de Ley 5.559/2016²², en trámite en la Cámara de Diputados. Siendo así, se aboga por la inserción del ombudsman en este proyecto, en las formas descritas en este artículo.

Como ocurre en los países que adoptaron el modelo, el Estado brasileño debe tomar en cuenta la organización del sistema de salud en el país, constituido mayormente por el Sistema Único de Salud (SUS), definido legalmente como el *conjunto de acciones y servicios de salud, brindados por organismos e instituciones públicas federales, estaduais y municipales, de la administración directa e indirecta y de las fundaciones sostenidas por el Poder Público*²³. La atención primaria de salud en el SUS es operada por equipos de salud de la familia, en las Unidades Básicas de Salud (UBS)²⁴, cuyo objetivo es atender hasta el 80% de los problemas de salud de la población, sin derivación a hospitales²⁵.

Además del SUS, también se abarcan los planes privados de salud, regulados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). En lo que respecta a la atención secundaria y terciaria, según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), el 70% de los hospitales de Brasil son privados, 1% son federales, 8% estaduais y 21% municipales²⁶.

Se reitera que el ombudsman del paciente tiene algunas funciones destacadas: promover los

derechos del paciente por medio de la divulgación de información y del procesamiento célere de reclamos, sin costo para el paciente y sin contiendas o puniciones, así como incrementar la calidad de la salud. Considerando sus características, se constata que éste se distingue de la defensoría del SUS, que se enfoca sólo en sus usuarios y no se predispone a ninguna de sus actividades, incumbiéndole sólo *recibir, examinar y derivar reclamos*²⁷, y de la defensoría de la ANS, cuyo foco recae sólo sobre los consumidores de planes de salud²⁸.

Las defensorías de los planes de salud *existen para solucionar cuestiones de los consumidores que ya recurrieron a los servicios de atención habituales y no consiguieron una solución para su problema*²⁸. Con alcances distintos, el ombudsman del paciente no tiene la intención de mitigar la función y la importancia de las defensorías señaladas, sino de contribuir con la visión del paciente como persona, titular de derechos inherentes, y mejorar la calidad de los cuidados en salud.

Considerando la conformación y la complejidad del SUS y de la salud suplementaria, así como sus respectivas defensorías, se aboga para que el ombudsman local se adopte en Brasil, con una dedicación integral y sin conflicto de intereses. La mayoría de los modelos estudiados por Mackenney y Fallberg⁴ están obligados a tener un ombudsman del paciente y, además, se recomiendan ombudsmans regionales, que trabajen con atención primaria. Por otra parte, estudiando el modelo noruego, Molven² señala que el acceso a éste tiene que ser informal y sin costo para el paciente.

Desde el punto de vista jurídico, el ombudsman del paciente será un empleado del hospital, privado o público. En ambos casos, es importante que la ley le asegure determinadas prerrogativas como: autonomía investigativa en el tratamiento de los reclamos; acceso a todas las informaciones y registros de pacientes en el hospital, independientemente de autorización; y posibilidad de entrevistar a profesionales de salud o a quien pudiera ofrecerle información relevante. Además, la ley debe establecer las calificaciones para el pleno ejercicio de su función, como su competencia profesional en la esfera legal y de la salud.

En cuanto al papel del ombudsman, es esencial que éste elabore informes públicos y tenga atribuciones legales para divulgarlos de forma independiente respecto de los profesionales y los proveedores, tendiendo a una cultura de derechos de los pacientes, conjugada con la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

En síntesis, el modelo de ombudsman propuesto para Brasil enfatiza su lugar de actuación, particularmente el ambiente hospitalario, pero también incorpora a los ombudsmans regionales, para lidiar con pacientes de la atención primaria. No obstante, se propone que el regional sea facultativo, debido a que el hospital es un ambiente con más eventos adversos. Se destaca también que la autorización del ombudsman sea dada por una ley que establezca prerrogativas específicas, como su autonomía e independencia, una calificación apropiada y un tratamiento célere de los reclamos.

Consideraciones finales

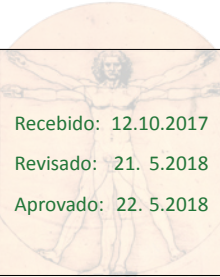
Por una serie de factores, como un foco exclusivo en los derechos de los usuarios y el desconocimiento del paciente como sujeto autónomo para proclamarlos, Brasil vive un atraso significativo en cuanto a la adopción de mecanismos legales en la prevención de estos problemas. Otro factor es que la perspectiva restricta del consumidor permea fuertemente las relaciones humanas en el contexto de la salud. Con vistas a superar este retraso, es urgente que Brasil, además de adoptar una legislación específica, instituya el ombudsman como instrumento principal, ya acogido globalmente, para defender y asegurar los derechos de los enfermos.

Como se vio en este artículo, existen diversos modelos que pueden ser adoptados. No obstante, dos características son esenciales a todos: el foco en los derechos de los pacientes y el procesamiento de sus reclamos. De este modo, el ombudsman difiere de las defensorías comunes, principalmente por ubicarse como defensor de los derechos de los pacientes y asumir un papel singular en la prevención de conflictos y en la respuesta célere a estos. Además, éste se compromete directamente con la calidad del cuidado y con la seguridad del paciente, al incorporar el respeto a sus derechos como factor fundamental para prevenir y reparar adversidades.

Siendo así, se pregona un modelo de ombudsman que tome en cuenta las experiencias de otros países, así como la complejidad y las peculiaridades del sistema de salud brasileño. Para concluir, es imperante que la sociedad brasileña se movilice por la causa de los derechos de los pacientes, condición inexorable de cualquier persona, puesto que los cambios necesarios sólo tendrán lugar si ampliamos la percepción de que es necesario romper con las asimetrías marcadas de poder en la esfera de la salud, otorgando voz y autonomía a los pacientes.

Referências

1. Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.
2. Molven O. O ombudsman do paciente: a experiência norueguesa. Rev Direito Sanit [Internet]. 2007 [acesso 2 out 2017];8(2):105-55. Disponível: <https://bit.ly/2KR74dG>
3. Fallberg L, Kattelus M. Finland. In: Mackenney S, Fallberg L, editores. Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2004. p. 25-32.
4. Mackenney S, Fallberg L, editores. Protecting patients' rights? A comparative study of the ombudsman in healthcare. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2004.
5. Bélgica. Federal Public Service. Health, Food Chain Safety and Environment. The federal ombudsman service for patients' rights [Internet]. Brussels: EU; 2016 [acesso 20 set 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IK0GUH>
6. Flood CM, May K. A patient charter of rights: how to avoid a toothless tiger and achieve system improvement. CMAJ [Internet]. 2012 [acesso 2 out 2017];184(14):1583-7. Disponível: <https://bit.ly/2MvoC4d>
7. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso 14 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/1huogB0>
8. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Health Hum Rights. 2013;15(2):7-19. p. 8.
9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 27 jun 2017 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2w5puSF>
10. Andorno R. Is vulnerability the foundation of human rights? In: Masferrer A, García-Sánchez E, editores. Human dignity of the vulnerable in the age of rights. Valencia: Springer; 2016. p. 257-72.
11. Cyrulnik B, Morin E. Diálogo sobre a natureza humana. São Paulo: Palas Athenas; 2013. p. 39.
12. Parry S. Power shifts: how patient activism shapes the practice of medicine [tese] [Internet]. Minneapolis: University of Minnesota; 2008 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2MFllvj>
13. Williamson C. The patient movement as an emancipation movement. Health Expect. 2008;11(2):102-12.
14. Mol A. The logic of care: health and the problem of patient choice. Abingdon: Routledge; 2008.
15. Püras D. Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Internet]. 2007 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2qXHncQ>
16. Solnit R. A mãe de todas as perguntas. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
17. Brännmark J. Respect for persons in bioethics: towards a human rights-based account. Hum Rights Rev [Internet]. 2017 [acesso 2 out 2017];18:171-87. Disponível: <https://bit.ly/2MiLjzH>
18. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Aff [Internet]. 2010 [acesso 2 out 2017];29(8):1489-95. Disponível: <https://bit.ly/2MiusXe>
19. Joint Commission. Speak up: know your rights [Internet]. 2012 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2IKsU1s>
20. Finlândia. Ministry of Social Affairs and Health. No. 785/1992: act on the status and rights of patients [Internet]. Helsinki; 17 ago 1992 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2rStKCq>
21. Hofmarcher M. Austria: health system review. Health Syst Transit [Internet]. 2013 [acesso 2 out 2017];15(7):1-291. Disponível: <http://bit.ly/1HE9Zh9>
22. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 5.559, apresentado em 14 de junho de 2016. Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências [Internet]. 2016 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2tPtdmY>
23. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set 1990 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/1UVpr2U>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Como funciona? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/1O5HZLD>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Unidades básicas de saúde – UBS [Internet]. Brasília: Portal Brasileiro de Dados Abertos; 2013 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2yZyFcc>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Estrutura e competências [Internet]. 13 out 2015 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2BaAkN1>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Ouvidoria [Internet]. 2016 [acesso 2 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2MqySdC>
28. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ouvidoria [Internet]. 2013 [acesso 2 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/1hrPMDY>



Recebido: 12.10.2017
Revisado: 21. 5.2018
Aprovado: 22. 5.2018