

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual

Informed consent: an ethical dilemma in light of today's society

Dr. Remigio R. Gorrita Pérez

Especialista de II grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas. Mayabeque. Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los principios de Autonomía y Consentimiento Informado a partir de la sociedad en que el individuo se desarrolla. Se utilizaron las bases de datos de Infomed, Google, (MEDLINE, EBSCO, HOST, DOYMA), la Literatura Médica Cubana, desde 1987 hasta la fecha; algunos clásicos de la temática, localizados en los órganos de información del Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas y los Códigos de Ética de las Sociedades Médicas de diferentes países. La generalidad de esos documentos asumen autonomía y consentimiento informado como elementos inherentes e indisolubles de la relación médico paciente, pero existen factores adversos emergentes que menoscaban el valor de estos principios que se han distorsionado en las sociedades neoliberales donde el carácter de la medicina es mercantil y médico y paciente dejan de ser aliados para convertirse en adversarios, algo totalmente diferente a lo que ocurre en la sociedad cubana de neto enfoque humanista. El autor insiste en la necesidad de desarrollar mayor conciencia en nuestros pacientes de lo que significa tener un sistema de salud único, gratuito, uniforme, seguro y capaz. Se sugiere que se revisen y modifiquen algunos aspectos de los Principios de la Ética Médica de nuestro país, específicamente en los aspectos referentes al consentimiento informado.

Palabras clave: ética médica, relación médico paciente, autonomía, consentimiento informado.

ABSTRACT

A bibliographical review was conducted on the principles of Autonomy and Informed Consent from the society in which the individual develops. It was used the databases of Infomed, Google, (MEDLINE, EBSCO, HOST, DOYMA), the Cuban Medical Literature since 1987 to the present, some classics of the theme, located in the information services of the National System of Information of Medical Sciences and the Codes of Ethics of the Medical Societies of different countries. The generality of these documents assume autonomy and informed consent as inherent and indissoluble elements of the doctor-patient relationship, but there are emergent

adverse factors that diminish the value of these principles that have been distorted in neoliberal societies where the nature of medicine is commercial and doctor and patient are no longer allies to become adversaries, something totally different to what happens in Cuban's society which is of net humanist approach. The author stresses the need to develop a greater consciousness in our patients about what it means to have a unique health system, free, equal, safe and capable. It is suggested to review and revise some aspects of the Principles of Medical Ethics of our country specifically in the aspects related to informed consent.

Key words: medical ethics, doctor-patient relationship, autonomy, informed consent.

INTRODUCCIÓN

El binomio médico-paciente ha transitado en cada época con diferentes connotaciones y valores. En la comunidad primitiva se daba una explicación mágica a los males que afectaban a los hombres y su "solución" caía en manos del brujo, el hechicero o el curandero, pasando después por la época de Hipócrates de Cos, "Padre de la Medicina Occidental", hasta el desarrollo científico de la Medicina en el momento actual.¹⁻⁴

Pero el problema no ha cambiado, ya sea enmarcado en las actividades de promoción y prevención de salud, como en aquellas que pretenden el alivio, curación o rehabilitación del enfermo. El encuentro o relación entre estos dos individuos: en un ángulo el médico, con un importante acúmulo de conocimientos y experiencias, y en el otro, el paciente como ser biosicosocial que requiere de sus acciones desde el punto de vista científico. Se puede afirmar, sin temor a equivocarnos, que el resultado final de la evolución del enfermo está en la relación médico paciente (RMP), que no debe ser olvidada en el momento actual, independiente del desarrollo de las más modernas tecnologías.

Los hombres se han regido por determinadas normas de comportamiento, opiniones y sentimientos morales mucho antes que hicieran aparición las teorías éticas. La ética como doctrina de la moral hace su aparición mucho más tarde que la moral misma. La moral se define como un sistema de opiniones, representaciones, normas y evaluaciones sobre las regulaciones de la conducta de los individuos, y la conjugación de los actos de cada uno de ellos con los intereses de los otros o de una sociedad determinada, los medios de educación y la formación y consolidación de determinadas cualidades y relaciones morales. Las ideas morales constituyen y forman parte de la conciencia social, al igual que las ideas jurídicas, religiosas, estéticas, etc., y por tanto son acordes con las características de cada régimen socioeconómico y su desarrollo. La moral no se modifica de forma arbitraria o en correspondencia con los gustos o caprichos de alguien, sino que está estrechamente relacionada con el modo de vida de los hombres. Las normas y los valores morales no existen por si solos, están reunidos en determinados sistemas de la moral, y cualitativamente se determinan por las relaciones socioeconómicas y por los intereses objetivos de las clases sociales. El concepto de Ética se aplica tanto al

estudio y análisis de las ideas morales de la sociedad como a las diferentes esferas de la actividad del ser humano.⁵⁻¹¹

El término Bioética por otra parte se define como "el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas y la atención de la salud en la medida que esta conducta se examina a la luz de los valores y principios morales". Incluye la Ética Médica, pero no se limita a ella. La Ética Médica en su sentido tradicional trata de los valores que surgen de la RMP. La Bioética se ocupa de cuatro aspectos fundamentales:^{12,13}

- Los problemas que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso de aquellas afines y de las vinculadas con la Salud Mental.
- Las investigaciones biomédicas y su comportamiento, independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica.
- Una amplia gama de cuestiones sociales, como las que se relacionan con la salud pública, ocupacional e internacional y la ética del control de la natalidad entre otras.
- Va más allá de la vida y la salud humanas, pues comprende cuestiones relativas a la vida de animales y plantas: por ejemplo, en lo concerniente a experimentos con animales y demandas ambientales conflictivas.

En el plano de la Bioética se abordan y discuten actualmente las manipulaciones genéticas, la producción de sustancias basadas en técnicas de ADN recombinante, el desarrollo de armas de índole biológico, la sexualidad humana, el suicidio, las políticas del control de la natalidad, la eutanasia, el manejo de pacientes infectados por el VIH, o afectados cáncer y la clonación de animales y seres humanos.¹³⁻¹⁷

Son elementos de la vida diaria el trasplante de órganos, el abordaje en profundidad de cualquier rincón del ser humano, se da solución a muchas incógnitas y se aplican novedosos tratamientos; no obstante, hoy se plantea en muchos países muy desarrollados, e inclusive en el nuestro, una necesaria vuelta a las raíces de la medicina y aparecen esfuerzos por recobrar la connotación que tuvo la RMP en otras épocas. Este aspecto se hace más patente en la medicina familiar y en el caso de Cuba, en nuestra concepción del médico de familia, la recuperación del *método clínico* como eje del diagnóstico y la terapéutica y la concepción internacionalista que se ha desarrollado en nuestros profesionales.^{18,19}

Las relaciones entre médico y paciente en la sociedad actual.

La ética médica desde la época de Hipócrates definía lo humanamente bueno o malo en el campo de la medicina. El médico era considerado sujeto agente, y el enfermo sujeto paciente. Era deber del médico "hacer el bien", y el del paciente "aceptar" la conducta tomada. Así se estableció en la RMP la moral de la *beneficencia*. El médico pretendía la restitución del orden natural, por lo que debía si fuese necesario imponerlo al enfermo incluso en contra de su voluntad. Aunque el enfermo no considerara aquella prescripción correcta, factible o adecuada, él no modificaría la conducta indicada por el profesional. El médico actuaba como el soberano, despótico y absolutista, rayano entre el paternalismo de las relaciones familiares y la tiranía de las relaciones esclavistas. Este tipo de relación se mantuvo

hasta los grandes cambios sociales de la Era Moderna, donde se abrieron paso conceptos como pluralismo, democracia, derechos humanos, civiles y políticos. Pero el médico continuó siendo paternalista y absolutista, hecho para decidir y ordenar, el paciente para asumir y cumplir.^{3-5,12}

Es en la década del setenta del pasado siglo que se operan cambios en la RMP; de aquel impositivo efecto de dependencia se inició el establecimiento de relaciones de mayor madurez, de individuos que se necesitan, respetan y complementan mutuamente. Los pacientes adquirieron conciencia como seres morales autónomos, con libertad y responsabilidad para tomar parte en las decisiones con respecto a su salud. Actualmente en las RMP se destacan tres elementos básicos:^{13-16,19}

- El médico con su primario y clásico concepto de beneficencia, dispuesto a la obtención, conservación o restablecimiento de la salud del paciente.
- El paciente con la autonomía de su personalidad capaz de participar activamente en las decisiones con respecto a su salud y otorgar su consentimiento para ello.
- El estado con los mecanismos que deben garantizar el logro de la justicia en la RMP.

En los últimos treinta años el concepto de autonomía pugna por desplazar al de beneficencia como primero de los principios en la ética médica.¹⁰⁻¹⁶ Ahora la RMP es más franca y abierta, y existe la tendencia a respetar más la dignidad de este último.

Autonomía, Integridad y Consentimiento Informado.¹²⁻¹⁵

Autonomía: Es la capacidad de los seres humanos para pensar sentir y emitir juicios. Es la facultad para gobernarse a si mismo, inherente a los seres racionales que les permite actuar y elegir de forma razonada sobre la base de una apreciación personal.

Integridad: Proviene del latín "integer" que significa totalidad, entereza, unidad intacta. Es por tanto la correcta ordenación de las partes del individuo: elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida. La enfermedad que no es otra cosa que el desequilibrio o desorganización de las tres partes o de alguna de ellas, sin duda daña o menoscaba la integridad del individuo. La integridad por lo tanto en este caso es sinónimo de salud. Como concepto por lo tanto está muy relacionado a la autonomía, porque la pérdida de la integridad impide que el individuo se desarrolle y proyecte como un ser intacto y completo. Integridad tiene otra acepción o sentido: como una virtud o cualidad del individuo, un hábito moral que éste ha adquirido por la práctica y las adecuadas relaciones en su medio social. Ambos significados; el primero como derecho del paciente y el segundo como virtud que debe poseer el médico tienen de una u otra forma importancia vital en la RMP.

Como producto de la actual concepción de la RMP se introduce en la neoética médica un criterio diferente "*consentimiento informado*", que enmarca la aceptación por parte del paciente de un conjunto de procedimientos terapéuticos, médico-quirúrgicos, psicológicos o estomatológicos, y al pleno conocimiento de sus posibles efectos benéficos, pero también de los efectos secundarios o riesgos que estos

entrañan. Este término se asocia, implícitamente, a uno de los principios fundamentales de la bioética: el principio de autonomía y al respeto a la integridad del paciente.

La autonomía compite actualmente, por desplazar al principio de la beneficencia como principio rector de la bioética y pretende superar así los modelos tradicionales de la RMP, es decir, los paternalistas, mediante un nuevo paradigma que partiendo de una verdadera alianza terapéutica entre el enfermo y el profesional que lo atiende, los lleve a una participación mutua en el tratamiento o investigación que se inicia mediante el consentimiento informado.

Este término comenzó a circular en los Estados Unidos de Norteamérica en 1957 con el sonado "caso Salgo." Como resultado de una aortografía translumbar, Martín Salgo sufrió una parálisis permanente, por lo cual demandó a su médico por el cargo de negligencia. La Corte encontró que al médico le asistía el deber de revelar al paciente todo aquello que le hubiera permitido dar su consentimiento inteligente en el momento que se le propuso la práctica de la aortografía. Entonces comenzó a contemplarse el consentimiento informado como un derecho del paciente. Del campo jurídico el término pasó al campo de la ética médica, por un giro irónico y lamentable de la historia, el consentimiento informado, que no debió salir de la consulta médica entró en despachos de los abogados, salas de tribunales y cuentas bancarias de los caza-fortunas de las demandas.^{12, 19,20}

Pero ¿cómo podemos enfocar estos aspectos de la ética médica en relación con la sociedad en que se desarrollan? Analicemos entonces la relación del binomio médico-paciente a la luz de donde se desarrolla cada individuo y profundicemos en los conceptos de autonomía, integridad y consentimiento informado en las sociedades neoliberales y socialistas.

Por lo anteriormente expuesto se realizó una revisión bibliográfica sobre los conceptos de autonomía, integridad y consentimiento informado y la relación médico paciente en la sociedad en que el individuo se desarrolla. Para ello se utilizaron las bases de datos de Infomed, Google, (MEDLINE, EBSCO, HOST, DOYMA) y la Literatura Médica Cubana más actualizada, también se incluyen algunos clásicos de la temática, localizados en los órganos de información del Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas. Se exponen criterios y consideraciones al respecto.

DESARROLLO

En la actualidad la generalidad de los Códigos de Ética de las Sociedades Médicas de diferentes países y documentos de sociedades internacionales asumen la autonomía y el consentimiento informado como elementos inherentes e indisolubles de la RMP. Se puede citar el Código de Ética de la Asociación Médica de Canadá, La Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente, de 1981, El Manual de Ética de la Escuela de Medicina de los Estados Unidos, de 1998, el Código de Ética Médica de Ecuador, de 1985, el Código de Ética Médica de Uruguay, de 1995, el Código de Ética Médica de Brasil, del 26 de enero de 1988, La Ley 23 de 1981 del Congreso de Colombia que se constituye en Código de Ética Médica de ese

país y el Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina del 2001.²¹⁻²⁸

En todos estos documentos se recoge, de una u otra forma, la intención de respetar la autonomía del paciente y por lo tanto su integridad; no obstante al revisar los Principios de la Ética Médica de nuestro país la única referencia que se aviene de algún modo a este concepto la observamos en el acápite "*En relación con el paciente y sus familiares*" donde expresa lo siguiente: "Respetar el decoro, el pudor y la dignidad de las personas bajo nuestra atención".²⁹ Es decir que el principio de autonomía y la integridad del paciente, y el consentimiento informado sólo se asumen como un deber del médico y del personal de salud, pero realmente nuestros "Principios...", no lo establecen como un derecho del paciente con respecto a su autonomía y la necesidad de consentimiento informado a la hora de tomar decisiones que en relación a su salud, él tiene derecho a asumir conjuntamente con el médico. Se insiste sobre todo en estos principios, en el papel del paciente como individuo "receptor" de las acciones de salud, pero no como elemento activo que debe participar y decidir en cuanto a su salud y las conductas que se tomen para ello. Esta concepción así reflejada está más acorde con los principios paternalistas existentes antes de la década del setenta y pensamos por eso que a la luz de los conceptos actuales "Principios de la Ética Médica" redactado en 1983 necesita ser revisado y modificado.

Factores que pueden limitar la autonomía de paciente y la de ejercer su consentimiento ante una acción de salud.^{12,13,19,31-35}

El médico debe respetar la autonomía del paciente y trabajar para preservar la integridad del mismo o restablecerla; sin que esto menoscabe sus principios y su propia integridad. Por ello puede y debe negarse por ejemplo: a la eutanasia, a determinados procedimientos abortivos, o al uso de drogas o psicofármacos sólo por complacencia del paciente. Por otra parte es inevitable y se convierte en un dilema ético, limitar o suprimir la autonomía del paciente cuando una decisión con respecto al mismo, puede dañar a otra persona; como por ejemplo el caso de un paciente afectado por VIH-SIDA, que intenta negar la información a su cónyuge, o la pretensión de ocultar la información médica o el real estado de salud por parte de un paciente, cuando por la índole de su trabajo puedan originarse accidentes o daños a otras personas como sería el caso de pilotos, chóferes, cirujanos, etc. También el médico interviene limitando o suprimiendo la autonomía de los demás cuando está en el deber de actuar sobre individuos o agentes que puedan dañar el entorno por violación de las normas higiénico-epidemiológicas como los responsables de procesos fabriles, servicios, industrias, empresas pecuarias o agrícolas.

En otro orden de cosas el médico debe velar por la integridad del paciente en aquellos casos en que éstos por sus propias características tengan limitaciones en ejercer su autonomía y dar su consentimiento como es el caso de: minusválidos, enfermos mentales, pacientes bajo efectos de anestésicos, niños pequeños, entre otros, casos éstos donde la mesura, autoridad e integridad del profesional juegan un papel fundamental.

El médico sólo decidirá en nombre del paciente independiente de que éste goce a plenitud de facultades físicas y mentales cuando él se niegue a decidir o no desea hacerlo y pone en manos del facultativo tal decisión. Mención aparte merece la situación en que por la extrema urgencia, el estado de inconciencia, o lo crítico del cuadro clínico, la decisión queda del todo en manos de los facultativos.

¿Qué elementos pueden restringir o limitar la autonomía de los pacientes?

Factores Internos.- Las lesiones cerebrales o neurológicas producidas por traumas, drogas, trastornos metabólicos o circulatorios. Situación similar observamos en la infancia o niñez, aunque cada día se aboga más por contar con el niño, obtener su cooperación y hacerlo partícipe de cualquier proceder. La demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, los trastornos psiquiátricos como neurosis o psicosis también pueden limitar la autonomía. No obstante, algunas de estas situaciones pueden evolucionar positivamente o ser reversibles y el paciente recuperar en ese momento la autonomía perdida.

Factores externos.- Estos son los factores relacionados con el medio socioeconómico en que el individuo se desarrolla y en ellos debemos insistir, pues aunque el individuo esté apto psíquica y físicamente para ejercer su autonomía, los factores externos pueden determinar al respecto. Deben mencionarse en este sentido la coerción, el engaño, la privación u omisión al paciente de la información adecuada, el bajo nivel educacional y los factores económicos de él como individuo, de su familia y de la sociedad en que vive.

Los conceptos de Autonomía, Integridad y Consentimiento Informado su relación con la sociedad en que el individuo se desarrolla.^{12,13,19,20}

Si analizamos la situación de un paciente desde el ángulo de una sociedad neoliberal donde el fenómeno salud enfermedad se enfoca desde el punto de vista fundamentalmente mercantil; el paciente puede recibir una información distorsionada con respecto a su salud, y podrá invertir mayores recursos financieros en investigaciones innecesarias o tratamientos que inclusive pueden significar riesgos adicionales incalculables. Pero aunque el individuo posea la información adecuada, si no cuenta con las posibilidades económicas para recibir una atención médica acorde con los requerimientos de su enfermedad no podrá ejercer su capacidad de decisión y aplicar el principio de autonomía. Cuántos pacientes en estas sociedades por esta situación no pueden recibir las mejores opciones terapéuticas del caso: trasplantes de órganos, hemodiálisis, tratamientos antineoplásicos o simplemente recibir una inmunización, o las acciones de salud de una adecuada atención primaria con todo lo que esta aporta en promoción y prevención de salud.

Preguntaríamos entonces ¿pueden ejercer su autonomía en un problema de salud en todos los casos, un africano o un indio sudamericano?, cuando en muchas ocasiones ni siquiera saben leer y conocer por esa vía los riesgos a que están sometidos y mucho menos tener acceso a los recursos del sistema de salud de sus países. Por eso pensamos que desde el punto de vista ético es hipócrita y superficial el juicio elaborado en torno a la autonomía del individuo y sus posibilidades de

decidir en torno a su salud, si no se valora el contexto social donde éste nace, crece y se desarrolla.

Por el contrario si abordamos este punto con la óptica de una sociedad socialista, donde la moral es totalmente diferente, y se valora en grado supremo los intereses de los individuos; los problemas de la salud adquieren una dimensión social y se persigue el logro de la máxima satisfacción de las necesidades de la población.^{3-7,19} El socialismo persigue que cada individuo tenga similares posibilidades de acceso a la salud, desde la atención primaria y secundaria hasta el instituto de tecnología más avanzada y compleja, y están abolidas las relaciones mercantiles en el campo de la medicina.

Nuestro país es un paradigma en este sentido, la salud es derecho del pueblo y responsabilidad priorizada del estado, donde el profundo humanismo y justicia de este sistema social se expresan mediante un sistema único de salud centrado en el médico de familia que garantiza la satisfacción plena de la demanda de la población en forma totalmente gratuita y donde afortunadamente no se manifiestan los factores “emergentes” adversos para la relación profesional que en otras latitudes conspiran contra el desarrollo de los vínculos afectivos entre el médico y sus usuarios. Actualmente en muchos países capitalistas se produce una dependencia progresiva de las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud y la tentación de los profesionales de la medicina de claudicar ante ellos. Entre estos factores “emergentes” adversos el profesor Ricardo González señala:^{19,25}

1. La aparición de las empresas privatizadoras del tipo *Managed Care* y *Health Maintenance Organizations* con la consecuente explotación económica, reducción del status del facultativo y cruenta limitación “normada” de los recursos diagnósticos y terapéuticos a indicar, fundamentados en este momento en objetivos económicos de los directivos, y no en el criterio profesional.
2. La intrusión de la prensa sensacionalista en el ámbito médico, creando falsas expectativas y convirtiéndose en instrumento irracional de los fabricantes del último medicamento y la última tecnología que por su puesto son los más costosos.
3. El surgimiento brutal y deshumanizado de las reclamaciones por “malpractice” estimuladas por los “abogados cazademandas” que refuerzan indiscriminadamente las querellas contra los profesionales de la salud.
4. La consecuente e imperiosa necesidad para el facultativo de los seguros de “malpractice” que cada vez son más costosos.

Estos factores explican en gran parte las profundas frustraciones profesionales y la recíproca insatisfacción científico-técnica e interpersonal de los usuarios, catastrófica situación cuya más nefasta consecuencia es la transformación progresiva de la RMP en una “también emergente” relación profesional que podría llamarse “relación médico-demandante potencial” donde difícilmente puede el facultativo cumplir en forma adecuada las tres premisas y fases fundamentales de las relaciones interpersonales descritas por Pedro Lain Entralgo y citadas por R. González:

1. *Fase coejecutiva*, saber ubicarse en el lugar del enfermo.
2. *Fase compasiva*, poder sentir como él.
3. *Fase cognoscitiva*, disposición para ayudarle

En los medios neoliberales, las crudas leyes del mercado han convertido a la medicina en mercancía y los enfermos otra vez en enfermedades, los factores antirrelación médico-paciente implican el inminente riesgo de una profunda crisis del humanismo, de la espiritualidad y la ética. Se han perdido así aspectos medulares de la RMP, como la empatía, la compasión y la involucración estableciéndose una relación de adversarios en un medio mercantilista. Se destacan en este sentido:

- A. *Crisis de humanismo* porque en dichas condiciones difícilmente el profesional puede sentir respeto absoluto por la dignidad del usuario ni involucrarse en su bienestar y desarrollo.
- B. *Crisis de espiritualidad* pues resulta sumamente difícil asumir como propias las necesidades de un paciente que se avizora como demandante potencial y queda desprovisto del aura de la fe en el profesional, que tan bellamente matizó el ejercicio médico en otros tiempos, latitudes y sociedades.
- C. *Crisis de ética* porque la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, y la regla de oro de comportarse ante el usuario como quisiéramos que se comportaran con nosotros de estar en su lugar, dejan de ser actitudes y virtudes médicas derivadas de forma espontánea de la compasión y el sentido del deber y se convierten en exigencias expresadas en un terreno bien ajeno al interpersonal, el de la querrela judicial.
- D. *Crisis del consentimiento informado*. Más que un derecho que el paciente tiene, y que le permite ser un ente activo y conciente de las conductas médicas, se transforma en la exigencia por parte del médico y la institución que lo representa y de hecho la asume como una patente de corzo que utiliza para protegerse de las reclamaciones judiciales.

En esta relación entre médico y paciente ambos dejan de ser aliados en un objetivo común, la salud, para ver los toros desde los dos lados opuestos de la barrera y explicaría la distorsión que ya se expresa en los Códigos de Ética de diferentes países donde lo que se pretende en lo referente a Consentimiento Informado es lograr un escudo protector para el profesional ante el nuevo status económico-social de la RMP.

Veamos como ejemplo de lo anterior algunos fragmentos del Código de Ética para el equipo de salud de la Asociación Médica Argentina, de 2001, en sus capítulos 4,5 y 6.²⁷

Capítulo 5. De los Deberes y Derechos del Equipo de Salud.

“El equipo de salud deberá informar al enfermo o a sus responsables según lo que a su criterio corresponda, cuando la gravedad de la información hiciera temer un desenlace fatal o se esperaran complicaciones capaces de ocasionarlo. Cuando las circunstancias lo aconsejen debe hacer firmar el Libre Consentimiento Informado al paciente o a la familia o al responsable legal antes de efectuar alguna maniobra diagnóstica o terapéutica que presente riesgo para el paciente”.

Capítulo 5. De los Derechos y Deberes de los Pacientes. Art. 77.

El paciente tiene derecho a que se le brinde la información que permita tener su consentimiento comprensivo del diagnóstico, pronóstico, terapéutica y cuidados preventivos primarios o secundarios correspondientes a su estado de salud. *Deberá firmar* él, la familia o su representante un libre “Consentimiento Informado” cuando el facultativo lo considere necesario.

Capítulo 6. De la Relación Equipo de Salud Paciente. Art. 92.

Dentro de la RMP son de primordial categoría el respeto al secreto profesional, la confidencialidad y el *libre Consentimiento Informado en forma personal o a través del responsable cuando la situación así lo exija*.

“Art. 95. Las siguientes circunstancias de la actividad médica *exigen autorización o consentimiento informado del paciente o persona responsable del mismo*.

- a) Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen un riesgo para la salud.
- b) Terapéutica convulsivante.
- c) Amputación, castración u otra operación mutilante.
- d) Intervención a menores de edad.

En cualquier caso dudoso, es aconsejable una *autorización por escrito* así como la constancia detallada en un protocolo médico quirúrgico especial que debe formar parte de la Historia Clínica correspondiente”.

Como se observa en este Código es llamativa la utilización de términos como: *hacer firmar, deberá firmar, exigen autorización o consentimiento informado, autorización por escrito*.

El autor considera que no se puede negar que en determinadas situaciones existe la necesidad de algún tipo de documento que norme o establezca los elementos para la realización de procedimientos riesgosos, pero como se observa en estas sociedades neoliberales donde la RMP está permeada en unos casos por el afán monetario y en otras por la desconfianza, el médico y paciente dejan de ser aliados en un mismo fin, para convertirse en potenciales enemigos, demandado y demandante, y aparece entonces la exigencia, la obligación de ese documento que borra de un plumazo todo lo afectivo y hermoso que tenía la RMP en otros momentos, y todo el respeto, admiración y gratitud que el paciente sentía hacia el médico. Hay quien podrá decir que estos sentimientos pertenecen a una época romántica de la medicina, pero considero que lamentablemente esos que piensan así sustituyen al ser humano por un puñado de monedas.

En Cuba el nivel de información que se brinda al paciente es aún es insuficiente. Considero que es necesario profundizar y buscar los medios que permitan que cada paciente tenga un mejor y más completo conocimiento de aquellos aspectos referentes a la salud, y del valor que tiene cada orientación médica, e inclusive el costo de los recursos que se ponen a su disposición y que en ocasiones se

malgastan y pierden. Debe el paciente conocer a fondo lo que para él puede significar no cumplir o seguir, lo que se le orienta desde el punto de vista de salud.

El médico y la enfermera son los individuos que por sus relaciones de trabajo tienen una mayor y más directa influencia sobre el paciente y deben reunir condiciones idóneas; ser individuos de integridad de principios, con características morales intachables y capaces profesionalmente en cada situación de hacer lo indicado para lograr la curación o recuperación de la salud del paciente, o por el contrario abordar las tareas de promoción y prevención de salud. Esto permitirá una RMP de respeto y colaboración; las decisiones las propone el médico, pero se realizan con la aprobación del paciente; se toman por el médico, con el paciente y para el paciente. Esta mutua relación de respeto preservará la integridad de ambos y reafirmará la justeza de los principios que defendemos en nuestra sociedad.

La vocación y calificación de cada profesional es fundamental, pues de ahí proviene su capacidad de diagnosticar, intervenir en los problemas de salud, e informar adecuadamente, al paciente del que a la larga será la decisión con respecto a su salud, nuestros pacientes así lo necesitan y reclaman.

Se concluye que independiente de los avances tecnológicos y el desarrollo de las ciencias médicas aplicadas a la salud, la RMP continúa siendo la piedra angular que permite la satisfacción plena de las necesidades del enfermo y el gozo espiritual del profesional de la salud. Los conceptos de autonomía, integridad y consentimiento informado no se cumplen en las sociedades neoliberales donde el ejercicio de la medicina tiene un carácter mercantil, y donde profesionales y pacientes se presentan como adversarios, demandados y demandantes, y no como aliados ante la enfermedad.

Los códigos de ética médica de países con economías capitalistas ya reflejan la protección, que los profesionales de la salud buscan ante las crecientes demandas y reclamaciones legales de sus pacientes, lo que entraña una distorsión del consentimiento informado, que deja de ser un derecho del paciente, para convertirse en una patente de corzo para el médico.

En la sociedad cubana donde el hombre es el centro de los problemas y objetivo de todas las acciones, la medicina tiene un carácter humanista y todas las condiciones existen para que se respeten los principios de autonomía, integridad y el consentimiento informado.

Hay que sembrar en cada ciudadano en general y en cada paciente en particular la conciencia de lo que para él significa tener un sistema de salud único, gratuito, uniforme, seguro y capaz y hasta que punto su participación activa es fundamental.

El Código de Ética vigente en nuestro Sistema de Salud y publicado en 1983 debe ser revisado, específicamente en los principios de autonomía y consentimiento informado, y la participación activa del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bakshanovski V. Ética. Moscú: Progreso; 1989.
- 2.- Guseinov A. La regla de oro de la moral. Moscú: Progreso; 1990.
- 3.- Anta Lence JJ. El error... ¿de Hipócrates o de profesionales sanitarios inadaptados? Rev Cubana Med [periódica en línea]. 2003 [citado 18 Nov 2009];42(2). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_2_03/med01203.htm
- 4.- Alonso Menéndez D, Von Smith, Ramírez Márquez A, Ortega A. Ética y deontología médica. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1987.
- 5.- Ortíz García M, Portuondo Alacán O, Ahuar López L, Rodríguez Rivalta I. La ética y la enseñanza de la pediatría Rev Cubana Educ Med Súper. [periódica en línea]. 2004 [citado 18 Nov 2009];18(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_2_04/ems07204.htm
6. - Lugones Botell M. Estrictamente confidencial. Rev Cubana Med Gen [periódica en línea] Integr 2003 [citado 25 Sep 2009];19(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi16203.htm
7. - Beltrán Hernández J, Trujillo Rexach ME. Contribución al estudio de los nuevos retos de la bioética. UNIV DIAG [periódica en línea]. 2002 [citado 25 Sep 2009];2(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/uni/vol2_2_02/univ04202.htm
8. - Pernas Gómez M, Ortiz García M, Menéndez Laria A. Consideraciones sobre la formación ética de los estudiantes de Ciencias Médicas. Rev Cubana Educ Med Super [periódica en línea]. 2002 [citado 25 Sep 2009];16(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_2_02/ems05202.htm
- 9.- Amaro Cano MC. Toma de decisiones éticas aplicada a la especialidad de enfermería Rev Cubana Enfermer [periódica en línea]. 2004 [citado 25 Sep 2009];20(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_3_04/enf07304.htm
- 10.- Manzanero R, Apellaniz A, Sánchez Milla JJ. Los estudiantes universitarios ante la confidencialidad. Aspectos relacionados con la salud laboral y la atención primaria. Mapfre Medicina [periódica en línea]. 2004 [citado 25 Sep 2009];15(4). Disponible en:
<http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol15-n4-art8-Estudiantes.pdf>
- 11.- González Menéndez R. Los secretos de la prevención de las iatrogenias. Rev Cubana Med [periódica en línea]. 2003 [citado 25 Sep 2009];42(6). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_6_03/med01603.htm
- 12.- Gorrita Pérez RR. La relación médico paciente en la sociedad actual: autonomía integridad y consentimiento informado. Revista de Ciencias Médicas La Habana

[periódica en línea]. 2008 [citado 25 Sep 2009];14(1). Disponible en:
http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_1_08/hab04108.htm

13.- Acosta Sariego JR. Bioética: una vez más [en línea]. [citado 16 Jun 2003].
 Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/bioetica/bioetica.htm>

14.- Macías Gelabert AM. El consentimiento informado en pediatría. Rev Cubana
 Pediatr [periódica en línea]. 2006 [citado 25 Sep 2009];78(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312006000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15.- Alonso González M, Kraftchenko Beoto O. La comunicación médico-paciente
 como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev
 Cubana Educ Med Super [periódica en línea]. 2003 [citado 25 Sep 2009];17(1).
 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems04103.htm

16.- Amaro Cano MC. Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria
 de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [periódica en línea]. 2003 [citado 25 Sep
 2009];19(6). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol19_6_03/mqi05603.htm

17.- Scrigni A. Reflexiones éticas sobre el SIDA. Arch argent pediatr [periódica en
 línea]. 2005 [citado 25 Sep 2009];103(2). Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n2/v103n2a13.pdf>

18.- Selman-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención
 médica. Ciudad de La Habana: Científico Técnica; 2002.

19.- González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente
 Rev Cubana Salud Pública [periódica en línea]. 2004 [citado 25 Sep 2009];30(2).
 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu10204.htm

20. - De Lucio Miranda R. El consentimiento informado. Bol Infor Urgen [en línea].
 2005 [citado 16 Feb 2009];1(2):5. Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32038&id_seccion=2112&id_ejemplar=3298&id_revista=129

21. - Principios de ética médica (Naciones Unidas, 1982). Sindicato Médico del
 Uruguay [Internet]. [citado 25 Sep 2009]. Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/nor-principios.htm>

22. - Canadian medical association. CMA Code of Ethic 2004 [en línea]. Disponible
 en: http://www.canprep.ca/library/DTC_Canadian_Ethics.pdf

23.- American college of physicians. Manual de ética cuarta edición. Annals of
 internal medicine [en línea]. 1998 [citado 24 Ene 2001];128:576-594. Disponible en:
http://www.acponline.org/ethics/ethicman_sp.htm

- 24.- X Asamblea Médica Nacional. Código de ética médica [en línea]. Cuenca, Ecuador: Ministerio de Salud Pública;1985 [citado 20 Ene 2001]. Disponible en: http://es.scribd.com/samuel_o/d/39784300-Codigo-de-Etica-Medica
- 25.- Colegio médico de Chile. Nuevo código de ética del colegio médico de Chile. 2004 [en línea]. [citado 8 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=248>
- 26.- Rocha Vianna JA, Rocha LE. Comparação do código do ética médica do Brasil e de 11 países. Rev Assoc Med Brás [en línea]. 2006 [citado 21 Abr 2006];52(6). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n6/a25v52n6.pdf>
- 27.- 2001. Código de ética para el equipo de salud. Asociación Médica Argentina. [citado 21 Abr 2006]. Disponible en: <http://www.ama-med.org.ar/codigoetica.asp>
- 28.- Ley 23 de 1981 del Congreso de Colombia. Código de Ética Médica. [citado 21 Abr 2006]. Disponible en: http://www.gonzalodiaz.net/l100/ley100/texto_ley23de1981.shtml
- 29.- Principios de la ética médica.: Editora Política. La Habana; 1983.
- 30.- Longo D. ¿Salud, educación y equidad en pediatría? Arch Argent Pediatr [periódica en línea]. 2005 [citado 21 Abr 2006];103(2). Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=43000&id_seccion=2735&id_ejemplar=4373&id_revista=165
- 31.- Lejarraga H. Los derechos del niño y el rol del pediatra. Arch Argent Pediatr 2005;103(4).
- 32.- Rodríguez Jaime OM. Exploración y aplicación de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería. Rev Cubana Enfermer [periódica en línea]. 2003 [citado 21 Abr 2006];19(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19_3_03/enf10303.htm
33. Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz N, Labrada Salvat C. Enseñanza integrada de las ciencias básicas biomédicas en medicina integral comunitaria. Educ Med Sup [periódica en línea]. 2006 [citado 21 Abr 2006];20(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems05106.htm
- 34.- Román Lafont J. Bioética y puericultura. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2008 [citado 14 Mar 2009];14(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_1_08/hab12108.htm
- 35.- Vidal Gual JM. La enseñanza de la ética moderna. Rev Cubana Salud Pública [periódica en línea]. 1999 [citado 9 Feb 2000];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000200007

Recibido: 27 de abril de 2011.

Aprobado: 1 de julio de 2011.

Dr. Remigio R. Gorrita Pérez. Policlínico Universitario "Felo Echezarreta" Calle 66 esq/41. San José de las Lajas. Provincia Habana. Cuba. E-mail: remigio.gorrita@infomed.sld.cu