



ASPECTOS ÉTICOS

DR. LORETO C. SUÁREZ CALDERÍN

Introducción

El desarrollo científico-tecnológico a partir de las últimas décadas del siglo XX se ha acompañado de cambios en las actitudes éticas y sociales; la salud no ha quedado excluida, por lo que se impone el conocimiento y análisis de los aspectos éticos relacionados con las acciones médicas para garantizar el carácter social de la salud.

En nuestro país la salud es para todos y una responsabilidad de todos; la formación de profesionales y técnicos de la salud lleva implícito el propósito de la medicina integral social, elevando el nivel científico y de competencia ética, pues sin dudas la problemática comienza cuando los problemas éticos que se relacionan con las decisiones médicas conspiran contra la atención médica social, es posible que cada vez tengamos más y nuevos problemas éticos relacionados con el progreso científico-técnico.

La ética médica conceptualizada como una manifestación de la ética general vinculada con los valores morales se refiere específicamente a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud, donde el cuidado de la vida siempre ha sido el valor de mayor jerarquía y la expresión más cabal de beneficencia. Se plantea entonces que el médico no tiene derecho a imponer su jerarquía personal, es el paciente quien debe decidir ante una situación determinada, este es el principio de autonomía; para poder ejercer este derecho el profesional de la salud debe informar los riesgos y beneficios en la acción de salud, ello define el consentimiento informado. La problemática de salud se produce cuando estos principios morales entran en conflictos y la pregunta está en cómo conducirse cuando el paciente después de informado muestra desacuerdo ante las acciones de salud propuestas, por lo que se hace necesaria la reflexión bioética, la que ha cobrado importancia mayúscula a partir de la década de 1970, en el mundo y en nuestro país a raíz del comienzo de la década de 1990.

La doctrina de los derechos biológicos enuncia los derechos a las personas de la evolución biológica natural de la especie humana y su medio ambiente. La protección de estos

derechos es esencial para preservar el futuro biológico de la humanidad, desde su concepción hasta su muerte natural y se incluyen en esta categoría los siguientes derechos biológicos:

- a) El derecho a la vida.
- b) El derecho a nacer.
- c) El derecho a gozar de salud física y psíquica.
- d) El derecho de gozar la integridad física y psíquica.
- e) El derecho al mantenimiento y preservación de los vínculos paternos, familiares y fraternales.
- f) El derecho de ser concebido, gestado, alumbrado y criado en el seno de una familia basada en la unión de varón y mujer y en su defecto ser adoptado en las mismas condiciones.
- g) El derecho de disfrutar del primer medio ambiente humano natural, el seno materno.
- h) El derecho de ser tratado en condiciones de igualdad.
- i) El derecho de la intimidad.
- j) El derecho de recibir información adecuada a su nivel de comprensión sobre modalidades, necesidad, resultados, tiempo de curación y efectos adversos posibles de todas las actuaciones que deben practicarse sobre la salud psicofísica.
- k) El derecho de expresar un consentimiento debidamente informado sobre los aspectos relacionados en j).
- l) El derecho de gozar de una identidad genética, biológica, social y jurídica indiscutibles.

Por otra parte existen los derechos del paciente hospitalizado y ya en esta categoría, el manejo hospitalario del niño planteado en la 1ra. Conferencia para el Cuidado de los Niños en el Hospital (Netherlands, 1988). En esta Conferencia fue redactada la Carta de Privilegios de los Niños en el Hospital con la finalidad de normar un cuidado más sensible de los niños hospitalizados y de los miembros del equipo de salud a cargo de su atención. Dicha Carta o aspectos de la misma han sido adoptados en un número de niveles internacionales. En esta se incluyen, entre otros:

1. La necesidad de los niños de no separación de los padres.
2. El derecho de la debida información a padres y niños.
3. El derecho de recibir el consentimiento de los niños en acciones o procederes.

El primer punto es complementado en nuestra red de salud desde mucho antes que fuera aprobada la Carta de Privilegios de los Niños en el Hospital. Aproximadamente en el año 1982 se comenzó con el Plan de la Madre Acompañante en Niños Hospitalizados con magníficos resultados. Con posterioridad padres se han sumado a este plan de acompañante con el mismo éxito. Quizás por la falta de comunicación internacional era de desconocimiento este logro de la medicina cubana. Sin embargo, los otros dos aspectos el de recibir la debida información y el derecho de expresar el consentimiento se les debe dar la requerida importancia en la práctica asistencial diaria.

El término consentimiento informado es algo relativamente nuevo, y se define: del latín *consentere* igual a sentir con, juntamente con, por tanto estar de acuerdo, asentir. Es la explicación a un paciente sobre su enfermedad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los efectos, las ventajas y desventajas, los riesgos y la aprobación del paciente o del familiar a cargo.

El consentimiento informado precisa de tres componentes: información, voluntariedad y competencia.

Información: La información debe ser adecuada, adaptada al nivel de entendimiento del sujeto, sobre el objetivo procedimiento del estudio o investigación, beneficios esperados, riesgos potenciales y posibles alternativas.

Voluntariedad: Los sujetos deben poder decidir libremente si quieren o no participar en un proyecto de investigación, procedimientos diagnósticos y terapéuticos. No debe existir o ejercerse ningún grado de persuasión, coerción o manipulación por parte de la persona que informa valiéndose de sus conocimientos.

Competencia: La información proporcionada debe ser comprendida. La capacidad de un individuo para comprender está en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje. Se admite que un sujeto es competente cuando puede tomar sus decisiones según sus conocimientos, escala de valores y mitos personales. En caso de un sujeto no competente se debe solicitar el consentimiento por sustitución a sus representantes.

El paciente tiene derecho a dar o negar su consentimiento previo a la realización de cualquier investigación, intervención o estudio, salvo que no constituya riesgo para la salud pública. Cuando no está capacitado para tomar decisiones, en este caso corresponde a la familia o personas allegadas, al igual que cuando se trata de una urgencia que no permite demoras pues puede causar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

El paciente tiene derecho a recibir suficiente información sobre los riesgos, las complicaciones y las alternativas, de forma que permita tomar decisiones.

Los problemas éticos del consentimiento informado se basan en la correlación que existe entre los tres principios éticos fundamentales para la ética médica:

1. Principios de beneficencia.
2. Principio de autonomía.
3. Principio de justicia.

Principio de beneficencia: Se refiere a que los profesionales de la salud deben hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar la salud del paciente, pero siempre teniendo en cuenta lo que este considere adecuado. En este principio se han basado todos los códigos desde Hipócrates hasta nuestros días.

Este principio está en íntima relación con el de autonomía. Si su aplicación no respeta a este último se cae en el paternalismo. Para que la beneficencia no sea paternalista hay que hacer el bien que el paciente pida y acepte, no presionar al paciente competente aprove-

chándose de los conocimientos y la coerción de forma intencionada con el fin de obtener su consentimiento.

Principio de autonomía: Es la capacidad que tiene el hombre para actuar con conocimiento y libertad. Se basa en la convicción que él tiene de ser libre; este principio supone el resto de las opiniones y elecciones del paciente. No se puede internar, investigar, tratar a un paciente en contra de su voluntad.

El paciente debe ser informado correctamente de su situación y de las distintas alternativas terapéuticas, para poder decidir y estas decisiones deben respetarse. Por tanto el consentimiento informado es el pilar fundamental de este principio.

Principio de justicia: Se entiende como la imparcialidad en la distribución de los riesgos y los beneficios. Hace referencia al respeto, al bien común. Es un concepto de equidad de dar a cada uno lo suyo.

Principio de no maleficencia: Este principio no es de los fundamentales de la ética pero se relaciona con la actividad médica práctica. Se refiere a no hacer daño. Además obliga a que nunca se debe hacer el mal y no está relacionado con el de beneficencia, pues obliga antes de cualquier tipo de información que no se debe hacer el mal.

En la práctica cotidiana de la medicina, el principio de beneficencia y el de autonomía se encuentran frecuentemente en tensión. El médico evalúa lo más racionalmente y objetivamente posible la situación médica de su paciente y juzga la mejor respuesta médica a dar para mejorar el bienestar de este. Por otra parte el paciente puede juzgar los impactos de la decisión médica sobre su modo de vida, sus valores, historia personal, como ser autónomo que es.

Obtención del consentimiento informado

La información que se brinda al paciente para obtener su consentimiento debe ser por medio de una conversación o diálogo, usando un lenguaje coloquial para conseguir ser entendido. No debemos emplear el lenguaje médico, ni términos técnicos que no sean comprendidos, siendo factible hacérsela repetir al enfermo.

Para que quede registrada, la confección de un documento escrito de consentimiento informado debe tener en cuenta las siguientes reglas: las frases deben ser cortas y sencillas, con palabras de uso habitual, incluir el menor número de palabras de uso habitual; incluir el menor número de palabras técnicas y explicar los términos médicos con palabras o ejemplos fáciles de entender; utilizar un mínimo de signos de puntuación y evitar el exceso de números, símbolos y siglas.

Los profesionales deben informar por escrito, independientemente de la información verbal y pedir el consentimiento informado en todos los procedimientos diagnósticos que conllevan un riesgo sustancial.

No se puede aceptar un consentimiento informado escrito que no venga acompañado de una información escrita, quiere decir que desde el punto de vista legal, no tiene valor el reclamo de un consentimiento informado sin el documento escrito de información al paciente.

El consentimiento informado debe incluir los siguientes aspectos:

1. Nombre del paciente y el médico que informa sobre el procedimiento.
2. Nombre del procedimiento a realizar, con explicación de en qué consiste y cómo se va a llevar a cabo.
3. Información de los riesgos y beneficios.
4. Declaración del paciente de que le han explicado sus riesgos personalizados, los relacionados con sus circunstancias personales específicas; que le han explicado las posibles alternativas; que conoce que en cualquier momento puede revocar el consentimiento; satisfacción del paciente con la información recibida y por qué le han sido aclaradas las dudas surgidas al leer el documento; consentimiento para someterse a la intervención, fecha y firma del médico y del paciente, apartado para el consentimiento a través de un representante legal en caso de incapacidad del paciente.

Como se explicó anteriormente existen determinados pacientes que no tienen capacidad de consentir, en este grupo se encuentran los niños.

Consentimiento informado en Pediatría

La minoría de edad sitúa al paciente en una posición de autonomía limitada, y por tanto de dependencia de terceros. A pesar de que el niño al principio posee limitaciones, no debemos descuidar la necesidad de que dentro de sus condicionantes, propias de su edad y de la competencia, participen y colaboren en cualquier proceso diagnóstico y/o terapéutico al que sean sometidos.

La edad, la capacidad intelectual, la madurez emocional y el estado psicológico deben ser considerados para determinar el peso de la opinión del menor en la decisión final.

La competencia en el niño debe evidenciarse no solo por el conocimiento de una situación. Además incluye la voluntariedad, la comprensión de los riesgos, los beneficios y las alternativas e implicaciones que su decisión tendrá para el futuro.

Investigaciones en el campo de la psicología evolutiva señalan la existencia de un desarrollo cognitivo y una sensibilidad moral suficientes para tomar decisiones personales voluntarias a partir de los 14 años, pero a partir de los 12 años es cuando se apuntalan los rasgos de autodeterminación y coherencia que vendrán a significar las decisiones responsables y maduras.

En cualquier caso, parece razonable que la opinión, los deseos y los sentimientos del menor puedan ser incorporados en las decisiones que le conciernen.

El consentimiento informado en Pediatría debe entenderse como un proceso de toma de decisiones progresivo, diálogo centrado en una relación tripartita: el profesional de la Pediatría, el niño y los padres, en virtud de la cual estos últimos aceptan o no las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas. Es necesario comunicar al menor sobre cuestiones que afectan su salud, buscando el mejor interés para este, no solamente desde el punto de vista clínico o psicológico, sino desde los principios bioéticos (tabla 1.1).

Tabla 1.1 Principios bioéticos del consentimiento informado en Pediatría

Autonomía	Beneficencia	No maleficencia	Justicia
Inclusión del menor como parte activa de toma de decisiones.	Buscar el mejor interés del menor desde el punto de vista biológico, psicológico y social.	Respetar el desarrollo y las particularidades del niño en cada etapa.	Igualdad de derechos en la asistencia sanitaria que él recibe con respecto al adulto.

El derecho a la información también pertenece al paciente pediátrico y debe ser ejercido por los profesionales que lo atienden. Asimismo el niño debe ser incluido en el proceso de toma de decisiones como parte prioritaria. Algunas investigaciones señalan que la imposición de criterios médicos o de paternidad pueden dañar profundamente la personalidad del menor.

En general se acepta que la información a transmitir esté en consonancia con el desarrollo cognitivo y emocional del menor (tabla 1.2).

Tabla 1.2 Elementos de consentimiento informado en el desarrollo evolutivo del niño

	Estadía sensoriomotor	Estadía preoperacional	Estadía operaciones concretas	Estadía operaciones formales
Competencia	-	-	Dudosa	+
Explicación	-	++	++	++
Comprensión	-	±	+	+
Voluntariedad	Rechazo	Ambivalencia	+	++
Consentimiento	-	±	Compartidos con padres	Moral ++
Autorización	-	-	-	Legal -

Fuente: (En la teoría de Piaget). Modificado de S. W. Bender, *Acta Paediatr.*, 1994.

Problemas específicos del consentimiento informado

En los últimos años se ha tratado la problemática específica del consentimiento informado en diferentes aspectos que van desde situaciones de investigación, experimentación hasta diferentes terapéuticas. La relacionada con la práctica en la anestesiología se exponen a continuación.

La relación entre el anestesiólogo y el paciente debe ser de mutua confianza. Es una relación que no se debe ver solamente a través del primero (principio de beneficencia), sino hay que tener en cuenta la decisión del paciente (principio de autonomía). Este último debe colaborar, pero el médico anestesiólogo considerado como un experto debe informar correctamente, de forma clara y precisa.

El anestesiólogo no debe limitarse solamente en la consulta a hacer un estudio completo del paciente para tomar decisiones respecto a qué premedicación administrará, qué técnica anestésica pondrá en práctica, ya sea general o regional, qué medicamentos y agentes anestésicos empleará y clasificar el riesgo del paciente según todo este estudio y el tipo de intervención quirúrgica, sino que debe explicar todo esto al paciente, informar sobre las ventajas y desventajas, las posibles reacciones que se producen, las complicaciones más frecuentes que pueden tener lugar, los efectos secundarios en relación con su estado físico de base, para que con esta información adecuada el paciente pueda dar su consentimiento.

La información adecuada puede aumentar la confianza del enfermo hacia el médico, la cual redundará en beneficio de la actividad anestésica, donde el paciente puede prestar una mejor colaboración.

Se deben incorporar de una forma más imperativa los aspectos bioéticos en la atención médica y en específico en nuestra especialidad de Anestesiología y Reanimación y no de forma opcional por la importancia de estas categorías y en especial el consentimiento informado.

En el caso de la anestesia pediátrica el paciente, aunque menor tiene el derecho a la información que debe ser suministrada de acuerdo con su nivel cognitivo, junto a sus padres, tutores o representantes. Es decir, en lenguaje asequible debe explicarse todo el proceso en la consulta preanestésica, lo que verá en el Salón de Operaciones, el personal, el tipo de ropa que usará y por qué, los equipos, los aparatos desconocidos, lo que se le hará en el preoperatorio, la forma de aplicación de la anestesia, de forma que se establezca una relación de confianza y una mejor cooperación entre las tres partes: anestesiólogo, niño, padres, que facilite la realización, aceptación y recuperación adecuada del paciente.

Algunos padres o tutores que dan su consentimiento para la realización de un proceder anestésico-quirúrgico no quieren que se les informe sobre las complicaciones potenciales y los riesgos del mismo quizás por temor. Esto debe consignarse en el documento escrito de consentimiento para evitar problemas posteriores.

El conocimiento del profesional sobre el consentimiento informado se impone cada vez más, no solo como protección del mismo y la institución, ni tampoco debe aceptarse como reacción temerosa a posibles demandas judiciales, sino debe verse como una necesidad de respeto al derecho de los pacientes a saber y decidir sobre lo que más le conviene a su salud. Esta aseveración no es excluyente en el caso de los niños que tienen también sus derechos a ser debidamente informados y a participar en las decisiones con sus padres acorde con su nivel de conocimiento y decisión.

Por último, es necesario que la Comisión de Ética Médica en nuestras Instituciones cumpla con su función orientadora, sobre cómo enfrentar los conflictos morales de nuestra labor cotidiana. Asimismo se debe adjuntar a la ficha de anestesia un modelo o formu-

lario donde se suministre la información de forma clara y concisa sobre las técnicas anestésicas, ventajas y desventajas, riesgos, etc., además de completar este documento con la parte del consentimiento del paciente.

Bibliografía

- ÁLVAREZ ALONSO, M.; C. DOTRES MARTÍNEZ y F. VALDÉS: “Importancia de la madre acompañante en pacientes hospitalizados”, *Rev. Cub. de Ped.*, 5 (5), 1982.
- CASTILLO GARCÍA, A.: “Aspectos éticos generales en psiquiatría”, *Cuadernos de Bioética*, Rev. trimestral, VI (23), 1995.
- CECHETTO, S.: “La práctica del consentimiento informado en los servicios de Neonatología”, *Cuadernos de Bioética*, Rev. trimestral, IX (33), 1998.
- GALDÁMEZ NÚÑEZ, CARMEN y JESÚS GONZÁLEZ CAJAL: “La familia en situación de emergencia. Aspectos éticos”, *Cuadernos de Bioética*, Rev. trimestral, VII (28) 4, 1996.
- GREGORY, G. A.: *Ethical considerations*, Pediatric Anesthesia, 3rd. ed., 1994, pp. 3-11.
- IDOATE GARCÍA, V. M.: “Aspectos bioéticos en el concepto y comprensión del consentimiento informado”, *Cuadernos de Bioética*, Rev. trimestral, IX (33), 1998.
- MARTÍNÓN, J. M.: “Aspectos éticos de la atención en Pediatría” (Ponencia Mesa Redonda), *Cuadernos de Bioética*, Rev. trimestral, IX (36) 4, 1998.
- MAULLEON GARCIA, MARÍA DE LOS ÁNGELES y MARÍA J. RAMIL FRAGA: “Consentimiento informado en pediatría, un estudio descriptivo”, *Cuadernos de Bioética*, Rev. trimestral, IX (33), 1998.
- VIDAL CASERO, MARÍA DEL CARMEN: “La problemática del consentimiento informado”, *Sociedad y Salud*, Dirección Nacional de Docencia Médica Superior, MINSAP, La Habana.
- “Doctrina de los derechos biológicos”, *Cuaderno de Bioética*, Rev. trimestral, VII (23), 1996.
- “Cuidados del niño en el hospital”, World Health Organization Beverly Chalmers Regional Office For Europe Maternal and Child Health Copenhagen Dinamark.