

Derechos del enfermo mental desde una perspectiva bioética

Dra. MSc. Victoria de la Caridad Ribot Reyes¹
Dra. C. Teresita del Carmen García Pérez²

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de desarrollo con el objetivo de proponer una reformulación al actual “Listado de Derechos de Paciente Mental en Cuba” a partir de los aportes realizados por el pensamiento bioético en este campo. Fueron encuestados 37 médicos vinculados a la práctica de la Psiquiatría como especialistas o residentes. De éstos, sólo 6 desconocían el mencionado código deontológico y 30 lo consideraron parcial (22 personas) o totalmente (8 personas) inadecuado para el contexto social y ético en el que estamos inmersos. Los principales señalamientos se refirieron al uso de consentimiento informado, la discriminación, la definición de libertades y el acceso a recursos diagnóstico-terapéutico-rehabilitatorios. A partir del marco teórico y de los criterios recogidos, se precisaron las modificaciones pertinentes y se elaboró una propuesta de listado de derechos del enfermo mental.

Palabras Claves: *Psiquiatría, Bioética, Derechos Humanos.*

Introducción

Los derechos humanos se reconocen como libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, orientación sexual, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente. Desde un punto de vista más relacional, los derechos humanos se han definido como las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad, que permita a los individuos ser personas, identificándose consigo mismos y con los otros. Llevan por tanto implícita una referencia a la Salud Mental. En la práctica psiquiátrica, las implicaciones sociales y legales del diagnóstico, así como la posibilidad de producir modificaciones conductuales en el sujeto eventualmente permanentes como producto de la intervención terapéutica, conforman una situación que reclama por parte del psiquiatra, un especial compromiso ético.

Con el objetivo de garantizar la óptima protección de los derechos de los enfermos mentales, en 1994 el MINSAP publicó el “Listado de Derechos del Paciente

Mental”. En su discusión participó el 95% de los psiquiatras cubanos y se convirtió en un importante código deontológico a cumplir por los profesionales que laboran en la Salud Mental.

A partir de septiembre de 2008, el Grupo Nacional de Psiquiatría promovió la iniciativa de realizar en todos los servicios de Ciudad Habana talleres denominados “Aspectos éticos y legales de la práctica de la Psiquiatría”. En estos encuentros (hasta el momento tres) se ha constatado que la mayoría de las opiniones coinciden en que los derechos que se recogen en el listado actual no se avienen a las consideraciones éticas actuales: sólo se menciona el consentimiento informado en lo referente a investigaciones, no se abordan todos los aspectos por los cuales el paciente psiquiátrico puede sufrir discriminación y no se establecen límites para la familia en cuanto a decisiones sobre el paciente se refiere. Estos son algunos ejemplos de tópicos que pudieran ser profundizados y enriquecidos. A pesar de constituir un importante referente ético para la Psiquiatría cubana, dicho documento precisa de revisión y actualización, teniendo en cuenta cuánto se ha desarrollado la Bioética y el espacio de reflexión que ésta permite, desde 1994 a la fecha. Es por eso que la idea científica que sustenta esta investigación es: ¿qué elementos del “Listado de derechos del paciente mental” es preciso reformular acorde con las concepciones éticas actuales?

Métodos

El trabajo responde a una estrategia cuantitativa a través de un estudio descriptivo, transversal y de desarrollo. El universo quedó constituido por los psiquiatras que se desempeñan como tal en La Habana. La muestra se seleccionó de manera no probabilística e intencionada. Los criterios de inclusión en la misma fueron vinculación asistencial y disposición para participar. El tamaño quedó definido por criterio de saturación.

La forma empleada para la recolección de datos fue el cuestionario, confeccionado por la autora y sometido al criterio de cuatro expertos; todos ellos profesores vinculados a la Psiquiatría con más de 20 años de experiencia profesional y con actividades de postgrados y publicaciones que avalan su vinculación al campo de la Ética y la Bioética. Se consultó además un experto lingüista miembro de la Academia Cubana de la Lengua Española y Premio Nacional de Literatura (se aplicó la tercera versión).

La experiencia piloto se realizó en el Servicio de Psiquiatría “René Yodú Prevez” del HDCQ “Joaquín Albarrán”.

La unidad de análisis empleada fueron categorías y subcategorías que se definieron para cada pregunta, a partir, del marco teórico y de aquellos términos que, de forma general, contenían las ideas más frecuentes en todas las respuestas. Asimismo, se utilizó como unidad de datos un grupo de frases que incluyeran las categorías seleccionadas y que permitieran conocer con más amplitud las ideas del encuestado, así como ejemplificar el análisis de contenido realizado en cada una de las preguntas.

Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes (Grupo Nacional y Provincial de Psiquiatría). La participación en la misma fue voluntaria y anónima, previo consentimiento verbal de los encuestados.

Resultados

Tabla No. 1 Distribución de los encuestados según si conocían o no el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”.

Conocimiento sobre el listado	No.	%
Sí	31	83.8
No	6	16.2
Total	37	100

Fuente: Encuestas

Tabla No. 2 Distribución de los encuestados según sus criterios sobre si el listado es adecuado para el contexto ético y social actual.

	No.	%
Sí	3	8.10
No	8	21.6
Parcialmente	22	59.5
No sé	4	10.8
Total	37	100

Fuente: Encuestas

Discusión

De los 37 participantes, sólo 6 desconocían el listado. Estos eran residentes, en su mayoría de primer y segundo año. Consideramos necesario señalar que en el programa de la residencia de Psiquiatría no se hace referencia al Listado de Derechos del Paciente Mental y tampoco se incluyen actividades docentes relacionadas con la Ética Médica o la Bioética.

La mayor parte de los médicos consideró que el listado se adecua parcialmente (22 personas), 8 optaron por *No*, 4 marcaron la opción *No sé* y sólo 3 opinaron que sí es adecuado. A los que opinaron que no se adecuaba al contexto actual, ya sea total o parcialmente, se les solicitó que argumentaran sus respuestas. A partir de estas, se definieron las siguientes categorías:

- ♦ Capacidad del paciente para la toma de decisiones: uso del consentimiento informado, límites de la responsabilidad familiar, acceso a la información.



- ♦ Condiciones materiales: disponibilidad de recursos terapéuticos, situación constructiva de las instalaciones, acceso a exámenes complementarios.

- ♦ Recursos humanos: disponibilidad de psiquiatras, capacitación del personal médico y paramédico.

- ♦ Trato no discriminatorio: acceso a la transportación sanitaria, acceso a la rehabilitación.

Todos los psiquiatras hicieron referencia a la capacidad de los pacientes para tomar decisiones, específicamente al uso del consentimiento informado en la práctica diaria. Esto parece ser una preocupación presente en casi todos los médicos, como se puede constatar en los siguientes comentarios:

- ♦ *El listado actual sólo se refiere al consentimiento informado en lo tocante a investigaciones científicas. El enfermo mental tiene derecho a recibir información y a rechazar cualquier proceder diagnóstico y/o terapéutico. Eso es algo que está bien claro en otras especialidades médicas.* [Encuestado 34]

- ♦ *Muchas veces tenemos un paciente crónico que no está psicótico y consultamos con la familia antes que con él. El listado debe hacer referencia a los límites para que un paciente decida o no.* [Encuestado 29]

Casi todas las opiniones ratifican la necesidad de implantar el uso del consentimiento informado en la práctica

psiquiátrica. Este es un tema que ha ido tomando fuerza en los debates médicos, sobre todo en los últimos treinta años. El consentimiento informado puede considerarse como un aporte de la Bioética a la práctica asistencial ya que hace referencia a la autonomía del paciente y su capacidad para decidir versus el tradicional paternalismo médico que heredamos desde la beneficente ética hipocrática.

El término ha sido definido por numerosos autores; a continuación se presenta el aportado por el Comité Asistencial de Ética (CAE), del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” (Cantabria, España), que lo define como *“un proceso de toma conjunta de decisiones integrado en la relación clínica. Consiste en la información al paciente de la naturaleza de su proceso y sus consecuencias, así como de las características, riesgos y beneficios esperados de los procedimientos propuestos, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a ellos. La información debe ser comprensible y adaptada a las demandas del paciente. El consentimiento ha de ser otorgado libremente y obtenido sin ningún tipo de coerción. Basado en el respeto mutuo, se fundamenta en el reconocimiento de que las personas tienen derecho a aceptar o rechazar una intervención sobre su cuerpo, en coherencia con sus valores. El Consentimiento Informado debe entenderse por un lado como un imperativo ético y por otro como una exigencia legal. Es responsabilidad moral y legal del sanitario el obtenerlo.”* (1)

El requisito de competencia o capacidad es un elemento clave de este proceso. Está claro que la competencia y la capacidad de una persona que sufre de un trastorno mental puede estar disminuida o alterada en alguna medida, pero la creencia previa en la incompetencia global de los enfermos mentales ha sido reemplazada por un entendimiento más detallado de su competencia, como una gradación en la toma de decisiones. Sólo si el paciente es competente podrá tomar decisiones autónomas sobre su salud. Sin embargo, éste es, con toda seguridad, el elemento del consentimiento informado que plantea mayores dificultades de valoración en el contexto clínico-asistencial, fundamentalmente porque todavía no existen criterios, estándares y protocolos consensuados para su adecuada evaluación. (2). Por supuesto, afloran de inmediato cuestiones tales como el tipo de enfermedad mental y el estadio en la evolución por el que atraviesa el paciente. ¿Cuándo es capaz el paciente mental de decidir? La capacidad que puede evaluar un profesional de la salud es la de *obrar natural o de hecho*, también denominada *competencia* en el lenguaje de la Bioética. La evaluación y determinación de la competencia de un paciente es una tarea que entraña una enorme responsabilidad ética y jurídica. Establecer la incompetencia de un paciente es afirmar que, aquí y ahora, no puede ejercer su autonomía moral ni su derecho, legalmente reconocido, al autogobierno personal, a tomar por sí mismo una determinada decisión sanitaria; y que son otras personas las que deberán tomarla en su lugar.

Otro criterio referido por todos los encuestados es que no existen límites establecidos para la cantidad de información que sobre el paciente se le ofrece a los familiares.

♦ *Un paciente puede estar psicótico en un momento determinado pero esto no significa que pierda el derecho a la privacidad. El listado menciona la confidencialidad en cuanto a la información que se obtiene del paciente y su familia pero no hace referencia a la información que sobre el paciente se le ofrece a la familia. Todos tenemos derecho a decidir quién sabe sobre nosotros y hasta cuánto.* [Encuestado 11]

La confidencialidad nos introduce en la relación con el otro. Cuando se revela a otra persona algo que pertenece a nuestra intimidad, en confianza, esperamos que proteja la confidencia y no se la comuniqué a otros, aún cuando se trate de familiares cercanos. Es el deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como las médicas, de no descubrir a un tercero los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión. Se puede decir que, para respetar la dignidad de las personas a las que asistimos, es decir, para tratarlas como se merecen, hay que proteger aquello que nos confían de ese espacio interior en el que guardan los significados que configuran su vida. El deber de hacerlo se llama secreto profesional. Pero este término deja en manos del médico la absoluta potestad para decidir qué y cuánto se dice. La posición del paciente es claramente subordinada, pasiva y hasta cierto punto, innecesaria. Desde este enfoque, se podría plantear que el deber de secreto guarda una intimidad sin autonomía.

Otra categoría en que coincidió la totalidad de los integrantes de la muestra fue la relacionada con la discriminación al paciente psiquiátrico.

♦ *El listado toca el tema de la discriminación por parte del personal institucional, los acompañantes y los otros pacientes. ¿Qué pasa con los factores de la comunidad? Las “personas normales” ponen la música alto, dan escándalos y arrojan basura en las esquinas, pero el enfermo mental debe ser un ciudadano modelo si no quiere que le llamen la ambulancia.* [Encuestado 8]

Es necesario recordar que desde su aparición como especialidad médica, a principios del siglo XIX con la obra de Phillipe Pinel, la Psiquiatría osciló entre una función médica de alivio del sufrimiento mental, o, al menos, de protección de las condiciones de vida de los enfermos mentales (hasta entonces tratados en condiciones inhumanas de aislamiento y encierro) y una función de custodia de la locura, haciéndose cargo en los manicomios del mandato social que le encomendó construir el andamiaje epistemológico que justificara su misión de librar a la comunidad de la presencia molesta, escandalosa y “peligrosa”, de esa minoría de seres humanos encerrados en el universo de las formas de comportamiento designadas como locuras en la cultura occidental. Debemos agradecer en gran medida a la Bioética y a los principios que promulga por permitir que se diera un cambio radical en la forma de “ver” al enfermo mental. (3)

Cuba inició en la década del 90’ un ambicioso proyecto que reinsertó en las comunidades a enfermos mentales que llevaban años reclusos en instituciones como el Hospital Psiquiátrico de la Habana, con el objetivo de llevar a cabo su rehabilitación social. Como parte de la puesta en práctica de este sistema, se aprobó una Maestría en Psi-

quiatria Social, la cual fue cursada por los profesionales que luego trabajarían con los pacientes en atención primaria. Sin embargo, los restantes miembros de la comunidad y la comunidad en sí misma, no fueron preparados para asumir este cuidado. El papel histórico del enfermo mental ha sido el de rechazado y excluido. Las formas de discriminación social que han señalado los médicos denotan que nuestra sociedad carece, en muchos aspectos, de la preparación adecuada para poder asumir en su seno a personas con trastornos mentales.

♦ Se supone que el paciente sea capaz de rehabilitarse en su área de salud. Pero la realidad es que en un tema tan delicado como el trabajo no hemos logrado concretar acciones. El listado habla del reposo y el peritaje laboral. ¿Por qué no proponer plazas que puedan ser ocupadas por enfermos mentales? Los vemos casi siempre de auxiliares generales aunque sean graduados universitarios. [Encuestado 13]

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 23, recoge: **toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.** (4) El artículo 45 de la Constitución Cubana plantea: *El trabajo en la sociedad socialista es un derecho, un deber y un motivo de honor para cada ciudadano. El trabajo es remunerado conforme a su calidad y cantidad; al proporcionarlo se atienden las exigencias de la economía y la sociedad, la elección del trabajador y su aptitud y calificación.* (5)

Volvemos entonces al tema de la educación en materia de Salud Mental. El Estado reconoce el trabajo como un derecho al cual se accede sin discriminación de ningún tipo. Sin embargo, no están creadas las condiciones que permitan que los pacientes con patologías psiquiátricas puedan desempeñarse laboralmente sin temor a ser discriminados o subvalorados en su desempeño profesional. Gro Harlem Brundtland (6) defiende la tesis que la salud mental depende en gran medida de la justicia social. Es el desconocimiento un factor importantísimo en el tema de la discriminación laboral. En el imaginario social el enfermo continúa siendo “el loco”. La enfermedad mental, así como la curación y la rehabilitación sufren la influencia del comportamiento humano, a la vez que demandan adaptaciones bioculturales tanto en el enfermo como en el núcleo social que lo acoge. La capacidad de establecer relaciones interpersonales y demás habilidades sociales se potencia enormemente a través del trabajo en colectivo. Las personas que se desempeñan como decisores en las direcciones trabajo y en los centros laborales no tienen información sobre las limitaciones que competen a los individuos con patologías mentales. Se deja de lado entonces una importante fuerza creativo-productiva que pudiera ser utilizada si tan sólo se tuviera en cuenta que las opciones laborales y las condiciones de trabajo deben ser personalizadas y no estandarizadas.

Otra categoría referida por los psiquiatras fue la tocante a la calidad de atención que reciben los enfermos, sobre todo en lo que a disponibilidad de recursos humanos se refiere.

♦ Casi todos los consultorios están cubiertos por internos que sólo reciben la rotación de pregrado por la especialidad. En el programa de MGI, las enfermedades mentales no son temas prioritarios. Entonces ¿dónde está el personal calificado en salud mental? Las enfermeras de las postas médicas reciben cursos y adiestramientos sobre los programas priorizados pero nadie les enseña a tratar con enfermos mentales. [Encuestado 30]

♦ El listado pretende que los pacientes reciban la más calificada atención pero todos sabemos que en la práctica esto no sucede. Las camas hospitalarias cada vez son menos y el paciente tiene que ser atendido en su policlínico donde hay un solo psiquiatra para toda la población. [Encuestado 21]

Estas opiniones coinciden con las recogidas en las relatorías de los talleres “Aspectos éticos y legales de la práctica de la Psiquiatría” celebrados en La Habana. La preocupación por la calidad de los servicios médicos que se ofertan a los pacientes psiquiátricos es un tema recurrente en dichas reuniones. Los debates tocan aspectos como la ausencia en el programa de residencia de Psiquiatría de temas de Neurología y Medicina Legal, el poco tiempo de rotación de pregrado y falta de adiestramiento para médicos generales en el manejo de los enfermos mentales en la comunidad.

El Código de Ética de la Psiquiatría Cubana, aprobado por la Sociedad de Psiquiatría, recoge en su inciso j) *Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades para lograr la creciente optimización de la atención de Salud Mental* (7). En un esfuerzo por garantizar lo recogido en dicho inciso, el Grupo Nacional de Psiquiatría ha organizado encuentros mensuales para Psiquiatras Júnior, con el objetivo de que prestigiosos profesores toquen temas relacionados con las diferentes áreas que competen a la Psiquiatría Clínica. Esta experiencia, a pesar de constituir una excelente oportunidad de aprendizaje y retroalimentación, es insuficiente ya que la mayor parte de los asistentes recién graduados se hayan insertos en el segundo nivel de atención, donde el seguimiento al paciente es deficitario por las razones ya mencionadas.

En el nivel primario ha sido necesario establecer una reorganización de los servicios para poder cubrir la demanda asistencial y es digno de destacar el loable esfuerzo que realizan los estudiantes de sexto año de medicina para cumplir las exigencias de una población acostumbrada a una alta calidad de atención. También es preciso señalar que la atención a las enfermedades mentales no es objeto de estudio en el programa de reingeniería del internado ni son, en la práctica, programas priorizados. La relación médico-paciente es un proceso eminentemente cultural y antropológico, en la cual se implican enfermo y profesional desde sus creencias, convicciones, conocimientos e historia personal. En el campo de la enfermedad mental esta relación se da de una manera muy especial ya que es la entrevista la principal herramienta diagnóstica, terapéutica y de seguimiento. *Los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen importantes consecuencias pragmáticas en la aceptabilidad, efectividad y mejora del cuidado sanitario.* (8)

Si el personal de salud que más cerca se encuentra del enfermo mental no tiene conocimientos suficientes sobre su enfermedad no va a poder tratarlo con la calidad requerida. Cuando la relación que el médico de atención primaria establece con el paciente psiquiátrico es perseguida por el fantasma del desconocimiento, se convierte en permeable al miedo mutuo, la incomunicación y por ende, al maltrato. *La concepción sistémica, la objetividad, la multifactorialidad, el historicismo y la práctica social transformadora, constituyen los cinco principios fundamentales que se deben tomar en cuenta para la aplicación práctica de nuestra filosofía en el campo de la salud y de las gestiones integrales orientadas a elevar su nivel en la población.* (9)

Finalmente, se le solicitó a los encuestados que explicaran qué elementos del listado consideraban deben ser modificados. Las categorías empleadas a partir del análisis de las respuestas recibidas, fueron las siguientes:

- ♦ Utilización del consentimiento informado
- ♦ Criterios de traslado y/o ingreso compulsorios
- ♦ Formas de discriminación
- ♦ Definición de libertades
- ♦ Acceso a la rehabilitación

Una vez más, la categoría más referida fue la tocante al uso del consentimiento informado en la práctica diaria.

♦ *Considero que el elemento más importante que se debe reformular es el uso del consentimiento informado. Este no puede ser sólo para investigaciones. Hay que garantizar que el paciente decida sobre su tratamiento y las pruebas que se le realizan, y cuando él no pueda decidir, debemos respetar el criterio de la familia sin hacer presión o intentar manipular a favor de nuestro criterio.* [Encuestado19]

Las opiniones expuestas reflejan cómo se han modificado -en gran medida gracias al surgimiento y desarrollo de la Bioética- los criterios sobre la capacidad de los pacientes para decidir y ser agentes activos en el proceso curación-rehabilitación. Previo al advenimiento de la bioética, el modelo de comportamiento que sustentaba clásicamente la relación médico-paciente era el del *paternalismo*. El principio moral que subyace en esta forma de relación es el de la *beneficencia paternalista*, pues trata de procurar bienintencionadamente el mayor bien posible al paciente, tal como el médico lo entiende, como profesional calificado que es. Este principio moral es el que gobernaba la ética de tradición hipocrática y que, por herencia directa, ha configurado a lo largo de los siglos la concepción de la excelencia moral de los médicos. Actualmente, todas las grandes declaraciones sobre las obligaciones éticas de los profesionales sanitarios, están ancladas en un nuevo modelo de relación. *Los pilares de este modelo son el principio ético de autonomía y las actitudes deliberativas y de participación y tienen en la teoría del consentimiento informado, entendida como proceso comunicativo, una de sus expresiones más granadas.* (10)

En la Psiquiatría, el Consentimiento Informado aparece como un nuevo ideal de autonomía y de racionalidad. Sirve para orientar los actos aún cuando no pueda

realizarse por completo. Esta nueva forma de entender la relación del médico con el paciente ha surgido como consecuencia de transformaciones profundas en la Medicina y en la Sociedad. Es la expresión de una nueva cultura de la Información y del Pluralismo. Por todo ello constituye un valor que los profesionales de la Medicina no podemos dejar de tener en cuenta.

Otra categoría en la que coincidieron la totalidad de los encuestados fue la referente a los criterios de traslado e ingreso compulsorios.

♦ *El listado debe recoger el derecho a no ser trasladado en contra de su voluntad sin una justificación adecuada. Es imposible que cualquier persona le llame la ambulancia "al loco" y a éste lo saquen de la casa con la PNR y lo lleven a un hospital sin antes determinar si presenta o no una urgencia psiquiátrica.* [Encuestado15]

Desafortunadamente, esto lo hemos podido constatar en la práctica. Los familiares o vecinos del enfermo activan el SIUM y el paciente es trasladado al hospital de base sin pasar por ninguna valoración previa. En innumerables ocasiones se trata de situaciones de incomunicación perfectamente manejables a nivel familiar o comunitario y que no requieren la intervención de personal especializado ya que no constituyen una descompensación o agravamiento de la patología psiquiátrica de base. A esto se añade el hecho de que, al no calificar para el retorno en ambulancia, debe regresar a su casa por medios propios. Convivir con un enfermo mental es difícil y a veces puede resultar agotador pero el traslado hospitalario no puede constituirse en un método coercitivo.

El respeto a las personas lleva implícitas dos importantes convicciones éticas:

- el individuo debe ser tratado como agente moral autónomo y
- las personas con disminución de su autonomía deben estar completamente protegidas.

Si la familia o la comunidad carecen de herramientas para manejar la convivencia con el paciente psiquiátrico, es preciso brindarles apoyo y educación. No puede ser éticamente correcto ofrecerles mecanismos que puedan constituirse en segadores de la libertad y los derechos de los enfermos mentales. Una acusación que tradicionalmente se ha venido realizando sobre la Psiquiatría es, precisamente, la coartación de las libertades del individuo, especialmente de aquellos molestos para la sociedad.

Otra categoría señalada por más de la mitad de los encuestados fue la referente a la discriminación.

♦ *El listado debe ser ampliado en cuanto a las formas de discriminación. Existe la discriminación por patología y lo vemos en los servicios a diario. A los alcohólicos y otros adictos se les trata diferente con respecto a otros pacientes.* [Encuestado 11]

Como se ha señalado previamente, la discriminación es una de las tantas formas que tiene la ignorancia para intentar pasar desapercibida. Nuestra sociedad, heredera de una tradición paternalista a ultranza, acostumbrada a

mantener a “los locos” lejos y encerrados, debe aprender ahora a convivir con ellos y tratarlos como iguales. Conuerdo en que estos son tópicos que deben ser incorporados al listado, pero la labor educativa va mucho allá de las instituciones dedicadas a la salud mental. Las razones que tiene el personal que trabaja en las salas de Psiquiatría para tratar a los adictos de manera discriminatoria no están afianzadas a nivel cognitivo, sino tradicional y cultural. Son criterios escuchados y aprendidos durante el desarrollo, por tanto es iluso pretender que las estrategias de solución se limiten al plano racional. El propio profesor Ricardo González, indiscutible experto en el campo de la ética, la psiquiatría y las drogodependencias, reconoce que, previo al inicio de su trabajo, *pensaba que las drogas eran solamente consumidas por viciosos, delincuentes o, en el mejor de los casos, por débiles morales.* (9)

Si la acción sanitaria que pretendemos ejecutar no compromete el saber popular y se concatena a partir de los valores tradicionales, difícilmente la comunidad asumirá sus deberes para con el enfermo psiquiátrico y trasladará toda la responsabilidad al personal médico.

Conclusiones

- ♦ Se pudo constatar que casi la totalidad de los encuestados considera que el listado de derechos vigente no se adecua al contexto ético y social actual. Los principales señalamientos radican en el abordaje del consentimiento informado, los límites de la responsabilidad familiar, la capacidad de los pacientes para decidir, la discriminación, la confidencialidad, el ingreso compulsorio, el acceso a los recursos terapéuticos y a la rehabilitación, la calidad de la atención médica y el manejo de las adicciones.

- ♦ La Bioética, al reflexionar sobre la aplicación de los Derechos Humanos Fundamentales y Derechos del Enfermo en las situaciones concretas de enfermedad desde una perspectiva humanista, tiene un alcance crítico y normativo en la cuestión de los derechos humanos en el campo específico de la psiquiatría. El pensamiento bioético aporta al psiquiatra consideraciones relacionadas con el respeto de la dignidad humana y la autonomía personal, la prohibición del maltrato y los tratamientos compulsivos, la promoción de la salud y los mejores intereses de los pacientes, así como la preocupación por el bien común y la justicia.

- ♦ Las modificaciones consideradas procedentes para reelaborar el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba” desde la perspectiva de la Bioética, se concentran fundamentalmente en el abordaje del consentimiento informado, la discriminación, la definición de libertades en el paciente ingresado, los criterios de traslado e ingreso compulsorio y el acceso a la rehabilitación.

Bibliografía.

1. Comité Asistencial de Ética, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Consentimiento informado. Conceptos básicos para la formulación de un documento. Santander; 1993.
2. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López

Pisa RM, Juez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Bioética para clínicos. Medicina Clínica. 2001; 117(11).

3. Medrano Albéniz J. Ingreso involuntario e ingreso incompetente. INTERPSIQUIS. [Internet] 2001 [citado el 8 de julio de 2009]; (2). Disponible en: ads2.psiquiatria.com/adclick.php?bannerid=860&zoneid=38&source=&dest=http%3A%2F%2Fpublicidad.psiquiatria.com%2Fflatinoamerica%2F.

4. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). (dic 10, 1948).

5. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia.

6. Harlem Brundtland G. Salud Mental en siglo XXI. Revista Futuros. 2005; 11(3).

7. Ordaz Ducunge EB, et al. Regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos en la salud mental en Cuba. Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de la Habana, Sociedad Cubana de Psiquiatría; 1998.

8. Brown P, Hartfield Timajchy K, Hu J. Antropología Médica. En: Antropología Social. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p. 96-100.

9. González Menéndez R. Relación equipo de salud-paciente-familia. Aspectos éticos y tácticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

10. Simón Lorda P, Juez Gutiérrez J. Consentimiento Informado. Medicina Clínica. 2001; 117(3).

Anexos

Anexo No. 1 Encuesta

Pregunta 1: ¿Conoce usted el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”?

Sí

No

1.1) Si su respuesta es No, le sugerimos leer dicho listado (adjunto al cuestionario) y luego continuar.

Pregunta 2: ¿Considera usted que dicho listado es adecuado para el contexto ético y social actual?

a) Sí

b) No

c) No sé

d) Parcialmente

2.1) Si marcó las opciones b) o c), ¿qué elementos del listado, según su opinión, no se adecuan al contexto ético y social actual?

Pregunta 3: ¿Qué elementos del listado considera usted deben ser modificados para adecuarlo al contexto ético y social actual?

DERECHOS DEL PACIENTE MENTAL EN CUBA

1. Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en Salud Mental y otros servicios que se requieran sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o cualquier otra causa.

2. Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos y otras investigaciones médicas.

3. Recibir un tratamiento individualizado según su problemática personal.

4. Optar por otra opinión de terceras partes en el caso de que el paciente o su familia lo requieran por tener

alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.

5. Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico evitándose yatrogenias.

6. Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello su consentimiento informado.

7. Ser informado del tratamiento propuesto así como los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos y obtener el consentimiento informado en los casos de electroterapia y tratamiento con Disulfiram.

8. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y que su historia clínica o cualquier otra información obtenida del paciente o sus familiares se mantengan bajo estricta confidencialidad.

Derechos del paciente mental en servicios ambulatorios

Además de los derechos generales enunciados, disfrutará del derecho a:

1. Recibir la más calificada atención ambulatoria y tener acceso gratuito a todas las modalidades asistenciales comunitarias.

2. Solicitar ser atendido por el profesional de salud mental de su preferencia dentro de las posibilidades del sistema regionalizado de salud.

3. Garantizar su seguimiento ambulatorio después del egreso o en condiciones de alta protegida luego de un proceso rehabilitatorio hospitalario.

4. Recibir las orientaciones y certificaciones pertinentes en los casos necesarios de reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral.

5. Solicitar ingreso y recibirlo en forma totalmente gratuita según lo estipulado.

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba

Además de los derechos generales enunciados disfrutará del derecho a:

1. Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática jurídica vinculada con la afección que determina su ingreso.

2. Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión pública, ideología, creencia religiosa, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.

3. Profesar la religión de su elección si la tuviera.

4. Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.

5. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.

6. Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.

7. Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.

8. Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.

9. Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.

10. Utilizar el teléfono público y remitir o recibir correspondencia libremente.

11. Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias, según criterio médico.

12. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.

13. Ser informado del tratamiento propuesto así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.

14. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.

15. No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros del equipo de salud que lo atienden, lo que constituiría también una forma de abuso.

16. Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de consideración necesario.

17. Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.

18. Solicitar a los cuerpos de revisión la valoración de la admisión y la permanencia en la institución en los casos de ingresos compulsorios.

CLÁUSULA FINAL LIMITANTE Los presentes derechos estarán sujetos a las limitaciones que sean necesarias para proteger la salud o el bienestar de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la moral o los derechos y libertades básicas de otros.

NOTA COMPLEMENTARIA Estos derechos serán revisados, modificados y enriquecidos, siempre que se considere necesario para ajustarse a las normas internacionales y a nuestras necesidades. Su difusión, estudio y enriquecimiento será responsabilidad del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, mediante los procedimientos adecuados.

Anexo No. 2

Propuesta de Listado de Derechos del Enfermo Mental

El objetivo fundamental de esta propuesta es fomentar la discusión sobre el tema de los derechos de los enfermos mentales, teniendo en cuenta los aportes que el desarrollo de la Bioética en nuestro país y en el mundo, ha realizado a la cuestión de los derechos de los pacientes psiquiátricos. Para su elaboración fueron revisados: Las regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos en la salud mental en Cuba, los códigos deontológicos aprobados por la Asociación Mundial de Psiquiatría (Pro-

posición y puntos de vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales, Declaración de Hawai y Declaración de Madrid), los criterios recogidos durante la investigación y la información recopilada en el marco teórico de este trabajo.

Derechos generales

1. Ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio y establecer una relación terapeuta-paciente basada en el respeto mutuo y la total confidencialidad.

2. Hacer uso del consentimiento informado para cualquier proceder diagnóstico, terapéutico o relacionado con investigaciones biomédicas. En caso de presentar una incapacidad legal o encontrarse en una situación que lo prive de la capacidad para decidir (funcionamiento psicótico, toma de conciencia), debe respetarse la jerarquía establecida en el Código de Familia para designar un representante ante las decisiones médicas.

3. Recibir gratuitamente la atención que requiera según su problemática y no ser discriminado en ninguno de los niveles de atención por razones de raza, edad, sexo, nacionalidad, ocupación, filiación política, creencias religiosas, patología psiquiátrica o cualquier otro motivo identificable.

4. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y fijar la información que, sobre su persona, va a ser revelada a la familia.

5. Acceder a todos los recursos diagnósticos y terapéuticos indicados por el terapeuta.

6. No ser trasladado a instituciones hospitalarias en contra de su voluntad, salvo en las situaciones que sea necesario; siendo el criterio del médico del área de salud, requisito indispensable para definir éstas.

7. En caso de ser necesario el ingreso compulsorio, ser reevaluado en un lapso de 72 horas y apelar la decisión del ingreso, si es pertinente.

8. Tener acceso a opciones laborales como parte de su rehabilitación e inserción social en las que se tengan en cuenta las limitaciones propias de su patología de base.

9. Optar por una segunda opinión profesional en el caso de que el paciente o la familia tengan alguna preocupación sobre el diagnóstico o la terapéutica empleada.

10. Solicitar ser atendido por el profesional de su preferencia, dentro de las posibilidades hospitalarias y del sistema regionalizado de salud.

Durante la hospitalización

1. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socio-culturales durante su ingreso.

2. Recibir un trato humano y no sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social.

3. Disfrutar del menos grado posible de restricciones, siempre y cuando su conducta y patología así lo permitan y no se incumpla el reglamento hospitalario. Dentro de este acápite se incluye: información ofrecida por los medios de comunicación, visitas de personas ajenas a la sala, custodia de pertenencias básicas, uso del teléfono

público y acceso a recibir o remitir correspondencia. En el caso de los pacientes violentos y de los adictos, el mayor o menor grado de restricción será evaluado por el equipo de salud de acuerdo a la situación concreta que se presente.

4. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional.

5. Ser informado sobre su evolución, tratamiento, resultados esperados y complicaciones. En caso de resultar necesario su traslado a otros servicios o instituciones, recibir toda la información sobre motivos, ventajas y desventajas de dicho traslado.

6. Profesar la religión de su elección. Las manifestaciones públicas relativas a ésta estarán en dependencia de la disponibilidad de espacios en el servicio y al grado de agresión que representen para el resto de los pacientes.

7. Recibir gratuitamente toda la información legal requerida para enfrentar posibles problemáticas legales relacionadas con el motivo de ingreso o su patología de base.

8. Disponer de condiciones adecuadas en cuanto a seguridad, privacidad, alimentación y características higiénico-sanitarias de la instalación.

9. Presentar a las instancias jurídico-administrativas correspondientes las quejas que se generen como consecuencia de maltrato, omisión u otras formas que vayan en contra de las normas de buenas prácticas en la especialidad; a excepción de las quejas que ocurran como parte de un cuadro sintomático. La pertinencia de las mismas será determinada por la comisión designada a nivel hospitalario, podrá ser apelada por el paciente y su familia.

10. Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en instituciones especializadas.

En servicios ambulatorios

1. Acceder a todas las modalidades asistenciales comunitarias.

2. Mantener un seguimiento por la especialidad en su área de salud en el que se le garantice la continuidad de la terapia farmacológica utilizada en el hospital, siendo este reevaluado periódicamente.

3. Recibir las certificaciones necesarias en caso reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral. Recibir opciones laborales que tengan en cuenta las limitaciones propias de la patología psiquiátrica que presente.

Solicitar ingreso hospitalario y recibirlo, siempre y cuando se cumplan los criterios para el mismo.

¹ Residente de 3er año de Psiquiatría Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

² Profesora Auxiliar. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán".