

CONSENTIMIENTO INFORMADO. RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE.

Lic. Guillermo Piñeyro García. Licenciado en Comunicación Social. ICRT.
Diplomado en Bioética, 2014.

“No ha de
temerse a la since-
ridad, solo es tremendo
lo oculto.”
José Martí

Introducción.

Desde la Grecia Clásica y hasta nuestros tiempos, las relaciones médico paciente han sido asimétricas y verticales, basadas en el principio de beneficencia con el cual se entendía que el galeno tenía que hacer el bien al paciente, incluso contra su voluntad, no era necesario que el enfermo supiera la verdad, se le brindaba la información estrictamente necesaria, así no interfería con el tratamiento. Es decir, el médico estudiaba el caso, decidía un procedimiento terapéutico y al paciente solo le quedaba acatar lo indicado.

Con la entrada del mundo en la modernidad y el Iluminismo de Immanuel Kant se establecieron cambios profundos que venían gestándose desde mucho tiempo y otros que irrumpieron drásticamente.

Estos cambios se acentuaron en el siglo XX, con un desarrollo de la ciencia que traía aparejado un desarrollo de la técnica, nuevos instrumentos de trabajo y nuevas relaciones de producción. De estos cambios que rompían de manera radical con las formas de vida, tal como se conocían, emergía triunfante en un mundo más ruidoso, más pequeño y más uniforme el hombre como centro y nuevo soberano del universo, con derecho a la libertad, con poder para cambiar la naturaleza, y hacer uso de todo lo que necesitara de ella. Con estos cambios los seres humanos eran

vistos cada vez más como agentes morales autónomos y dueños de sus destinos.

Los factores anteriormente expuestos, dan al traste con una nueva forma de ver a las personas, algunos casos judiciales por demandas de pacientes a médicos y hospitales que se daban en sociedades anglosajonas, más un consumismo de salud en donde los hospitales se convertían en empresas que generaban buenas ganancias y también grandes desigualdades en la atención, con la cual se veían favorecidas pequeñas minorías, además de las nuevas posibilidades y tratamientos que ofrecía la medicina a partir del desarrollo de la ciencia y la técnica.

Al desmoronarse el paradigma paternalista, el principio de beneficencia va cediendo espacio al de la autonomía, que se caracteriza por una difusión de la filosofía de la libertad de los pacientes para que puedan tomar decisiones referentes a su enfermedad.

«Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente. Para que esta coacción fuese justificable, sería que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano».

En Cuba el sistema político y social tiene características específicas, la salud es gratuita a todos los niveles, es decir, se aplica sin ánimos de lucro, por tanto cuando se aplica un tratamiento o procedimiento, el médico valora profesionalmente cual puede resultar para lograr la mejoría del paciente, además no existen sectores sociales favorecidos, el enfermo no es visto como un cliente o una mercancía.

Desde 1983 los Principios de la Ética Médica, reconocen el derecho de rechazo al tratamiento por parte de los pacientes. En el ordenamiento jurídico cubano no existe fórmula legal para demandar a un médico si sus actos de mala praxis no están traducidos en lesiones físicas, por tanto el médico no le teme a las demandas, además en la sociedad no existe la cultura de formularlas. El daño moral y el maltrato quedan solo en el ámbito administrativo y las Comisiones de Ética Médica.

En la relación médico- paciente, el médico está en posición de poder por lo que muchas veces no se hace buen uso del Consentimiento Informado y solo se entrega al paciente un documento en el que se informa si el procedimiento a seguir es de tipo quirúrgico o que pueda traer complicaciones graves en el que peligre su vida. Por lo que el tema del Consentimiento Informado, como una nueva forma de ver la relación médico- paciente debe ser revisado.

El Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), es un centro donde se tratan personas con enfermedades degenerativas que tienen un alto índice de mortalidad, por lo que al personal de la salud le corresponde

conocer, comprender con precisión el significado de esta nueva cultura de la relación médico- paciente para su adecuada aplicación.

Considerando lo anteriormente planteado, se realizó una investigación a los profesionales de esta institución sobre el nivel de conocimiento y aplicación con relación al Consentimiento Informado.

Materiales y Método.

Para la realización de este estudio se diseñó una encuesta anónima que se aplicó en el mes de noviembre de 2014 a 38 profesionales de la salud del Instituto de Nacional Oncología y Radiología (INOR).

El número de profesionales fue seleccionado por ser especialistas que pertenecen a una institución que atiende personas enfermas con características especiales, que son sometidas a procedimientos terapéuticos y tratamientos extremadamente traumáticos, y en los que en ocasiones no se puede garantizar el éxito de los mismos o la curación del enfermo, estos pacientes, se sienten abatidos y afectados psicológicamente, por lo que resulta de gran importancia una buena práctica y aplicación del Consentimiento Informado.

En la encuesta se consultaron parámetros como la edad, sexo y profesión dentro del ámbito de la salud. Estuvo conformada por seis preguntas las cuales estaban dirigidas a explorar el nivel de conocimiento y aplicación del Consentimiento Informado.

Se comunicó la participación voluntaria y anónima al personal de salud que decidió contribuir al desarrollo de este estudio.

Resultados y Discusión.

Se calculó el total de profesionales de la salud que participaron en la encuesta según la especialidad (enfermeros, médicos, anestesiólogos, técnicos de la salud) así como la cantidad y por ciento según los parámetros sexo, edad, aplicando la estadística descriptiva.

Los resultados de las encuestas se procesaron, en el programa Microsoft Excel de Windows 7 y los paquetes estadísticos NCSS y STATISTICA.

Se encuestaron un total de 38 especialistas pertenecientes al INOR, 22 del sexo masculino para un 57,8% y 16 del sexo femenino para 42,2 %.

La distribución por grupos etarios fue la siguiente:

De 18 a 25 años: 4 10,5%

26 a 35 años: 13 34,2%

36 a 45 años: 11 29%

Más de 45 años: 10 26,3%

Edad mínima 21 años, máxima 55 años, promedio de edad de 36,5 años.

Distribución de los grupos de acuerdo a la labor que realizan dentro del Centro Asistencial de Salud.

Médicos: _____ 22 57,8%

Enfermeros: _____ 16 42,2%

Técnicos de la Salud: 6 15,8%

Anestesiólogos: 2 5,3%

En la primera pregunta de la encuesta acerca del conocimiento sobre el Consentimiento Informado, el 100 % de la muestra respondió que Sí. Sin embargo solo 11 para un 28,9% de los encuestados, acertó en la respuesta **(d)**. Es el acto de aceptar o rehusar la acción médica luego de entender una información.

Aproximadamente 1 de cada 3. Interpretando el Consentimiento Informado como toda la información brindada al paciente, pero se obvia el paso de entendimiento y voluntad del enfermo, ratificando lo expresado anteriormente por la literatura, que el Consentimiento Informado es visto como brindarle información al paciente pero no tiene opción de escoger otro tratamiento o procedimiento terapéutico. Sin embargo resultó alentador conocer a través de las encuestas que no consideran al proceso de consentimiento informado como un escrito que el paciente firma para proteger al personal médico y paramédico de una mala praxis.

La segunda interrogante de la encuesta abordó la forma en que se concibe o como es visto el Consentimiento Informado. Para lo cual 34 encuestados, un 89,4 % lo ve como una combinación de la afirmación **a)** y **b)**. Conciben el proceso de Consentimiento Informado como deber del médico y derecho del paciente. 3 para un 7,8 % respondieron **c)**. *Obligación Moral del médico*. y 1 **e)**.

En la tercera se indagó por la forma en que es usado el Consentimiento Informado atendiendo al tiempo en el cual los especialistas de salud deben ofrecer información, 27 para un 71% respondió **a)**. *Antes de comenzar el tratamiento o procedimiento terapéutico* con lo cual se puede ver que un porcentaje elevado asume que el Consentimiento Informado es un momento y no como un proceso en el que se debe continuar haciendo uso del mismo en cada nueva posibilidad que vaya surgiendo a lo largo del tratamiento o procedimiento terapéutico. Respondieron de forma correcta 11 para un 29 %.

En la cuarta propuesta también se buscó exponer la forma en que hacen uso los especialistas de salud del Consentimiento Informado y en la misma, se hace mención a: en qué casos es importante el uso del mismo. En las respuestas, 13 para un 34,2% de los especialistas encuestados respondieron correctamente **c)**. *En todos los casos*. Otros 13 se decidieron por **d)**. *Cuando el médico lo determine*. Desde este punto de vista aproximadamente 1 de cada 3 encuestados ven la relación médico paciente de forma asimétrica, colocando al galeno en una posición de poder en la cual él mismo decide por el paciente. 10 encuestados el 26,3% respondió **b)**. *En caso de procedimiento quirúrgico* y 2 para un 5,3% **a)**. *En caso de enfermedad terminal*. En cuanto a estas dos últimas respuestas, se considera que solo es importante brindar el Consentimiento Informado en casos de gravedad o peligro para la vida. Se hace visible nuevamente el paternalismo, reflejado en la beneficencia pero no se ve la autonomía del paciente.

12 / MAYO - AGOSTO / 2016

En la pregunta cinco de la encuesta se consideró acerca de los objetivos de la aplicación del Consentimiento Informado, en la que 14 especialistas para un 36,8 % respondió: **b)**. *Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas*, lo cual es la respuesta correcta. La misma cantidad de encuestados respondió **c)**. *Promover la equidad en la atención de salud*. 10 para un 26,4 % encontró correcta la respuesta **a)**. *Proteger legalmente al personal de salud*. Llama la atención que vea la aplicación del Consentimiento Informado con este objetivo.

Realmente el Consentimiento Informado tiene un plano normativo judicial pero no es su objetivo fundamental, ni su razón de ser, el Consentimiento Informado cumple su verdadero objetivo, su función fundamental en el plano ético. Esto pone de manifiesto que solo el 36,8 % conoce el objetivo del Consentimiento Informado decidiéndose correctamente por la aseveración **b)**.

En la última pregunta de la encuesta se indagó sobre el concepto que tenían los especialistas de salud en cuanto a la autonomía del paciente, atendiendo que es un concepto ligado estrechamente al Consentimiento Informado. Con lo cual 20 miembros del grupo encuestado para un 52,6% entendieron el respeto a la autonomía del paciente como **c)**. *Mejorar la comunicación entre médico y paciente* y solo 11, el 29 % de la muestra respondió de forma correcta **e)**. *Que el paciente puede decidir sobre su persona*, respondiendo 5 para un 13,2% **d)**. *Evitar causarle angustia al paciente* y 2 para un 5,2% **b)**. *Que el paciente no tiene información técnica*. Esta pregunta mostró que no hay una concepción clara en el grupo encuestado acerca del significado del respeto a la autonomía del paciente.

Conclusiones.

La totalidad de los encuestados pensaron que conocían con certeza acerca del significado del Consentimiento Informado pero solo una pequeña parte de la muestra respondió correctamente, lo que demuestra que la mayoría de los encuestados tiene un concepto equivocado sobre el proceso de Consentimiento Informado, lo cual incide de forma directamente proporcional en la forma de aplicarlo.

Casi la totalidad de las personas encuestadas piensa en el Consentimiento Informado como un momento y no como un proceso.

Una parte de la muestra percibe la relación médico-paciente de forma asimétrica, ubicando al médico en una posición dominante.

Uno de cada tres encuestados halla que es importante brindar el Consentimiento Informado solo en situaciones de gravedad o peligro para la vida.

Recomendaciones.

Instituir la Bioética como disciplina dentro del plan de estudio de las ciencias médicas y biomédicas además de promover la formación en bioética en otras especialidades que conforman el sistema de enseñanza de la Educación Superior en Cuba para difundir la formación en valores y el desempeño laboral por convicción, por respeto a la



dignidad de la persona humana y contribuir a humanizar no solo a los especialistas propiamente de la salud sino a aquellas personas con formación profesional diferente que colaboran dentro del sistema de salud. Fomentar encuentros, impartir cursos los especialistas ya graduados, para que puedan profundizar sus conocimientos sobre el tema y así poder respaldar el derecho de cada persona que en un momento determinado puede acudir como paciente a un centro asistencial de salud.

Probar la existencia de los comités de ética en todos los centros de salud del país, y su funcionamiento, así como, se le explique al personal de salud y pacientes la razón de ser de los mismos y cómo acceder a ellos.

Introducir estos temas en los medios de comunicación masiva, para lograr que temas como el Consentimiento Informado dentro de la Bioética supere las fronteras de la medicina y alcance a toda la sociedad.

Bibliografía.

1. Stuart Mill J. *Sobre la libertad*. Madrid: Orbis, 1985; 32.
2. Collazo E. Consentimiento Informado en la Práctica Médica. Fundamentos Bioéticos y Aspectos Prácticos 69 Cir. Esp. 2002.
3. Dr. Acosta Sarrago José Ramón. Transculturación e identidad en la perspectiva cubana de la Bioética. Tesis para optar por el grado de Magíster en Bioética. Santiago de Chile, agosto de 1998.
4. Pérez González Domingo Consentimiento Informado en Cirugía General Rev. Bioética .Juan Pablo II 2009 9-12.
5. Padrón Chacón Raúl. Consentimiento Informado: Su relación ética con el impacto emocional de la cirugía. Rev. Bioética. Juan Pablo II 2012 9 -12.
6. De León Ojeda Norma Elena .Aspectos Prácticos del Consentimiento Informado en el marco clínico de la genética .Rev. Bioética. Juan Pablo II 2012 1-4.
7. Vidal Casero María del Carmen. Profesora titular de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Valencia. LA PROBLEMÁTICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.
8. Núñez de Villavicencio Porro Fernando Consentimiento educado vs. Consentimiento informado.
9. Documento guía de consentimiento informado 20003. Comité de ética asistencial. Consorcio hospital general universitario valencia.
10. Centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. CECMED. Directrices sobre las buenas prácticas clínicas en Cuba. La Habana; 2000.
11. Norma Cubana. ISO 14155-1: 2005. Investigación clínica de equipos médicos en seres humanos. Partes 1 y 2. La Habana; 2005.
12. Dra. Betancourt Durán María Josefa. Eutanasia. Tesis de diplomado de bioética 2012.

Anexos.

Encuesta.

Especialidad _____

Edad _____

Sexo _____

1) Sabe Ud. que es el Consentimiento Informado Si ____ No _____. En caso de respuesta afirmativa diga que es para Ud. El Consentimiento Informado.

a). es algo redactado y escrito que debe firmar el paciente y que ayuda a los médicos a defenderse de la mala praxis.

b). es todo lo que el paciente necesita saber sobre su patología.

c). es la decisión que toma un paciente luego de ser informado sobre su patología.

d). es el acto de aceptar o rehusar la acción médica luego de entender una información adecuada.

e). Otra _____ (especifique)

2) El consentimiento informado es:

a). Derecho del paciente siempre.

b). Deber del médico.

c). Obligación moral del médico.

d). a + b

e). todas son correctas

3) En qué momento a dado el Consentimiento Informado.

a). Antes de comenzar el tratamiento o procedimiento terapéutico.

b). Durante todo el tratamiento o procedimiento terapéutico.

c). Al final del tratamiento o procedimiento terapéutico.

d). Nunca.

4) En que caso es importante ofrecer el Consentimiento Informado.

a). En caso de enfermedad terminal.

b). En caso de procedimiento quirúrgico.

c). En todos los casos.

d). Cuando el médico lo determine.

e). En consulta de atención primaria.

5) El objetivo de usar el Consentimiento Informado es:

a). Proteger legalmente al personal de salud

b). Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas

c). Promover la equidad en la atención de salud

d). Dar prioridad en la atención de salud a los más necesitados

6) Respetar la autonomía del paciente significa:

a). Que el paciente es incapaz de tomar decisiones de salud

b). Que el paciente no tiene información técnica

c). Mejorar la comunicación entre médico y paciente

d). Evitar causarle angustia al paciente

e). Que el paciente puede decidir sobre su cuerpo