

# COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO ACERCA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE GRAVE. (RESUMEN TESIS DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA)

**Juana María Velázquez Cardona**

Especialista de I Grado M.G.I y Medicina Interna. Hospital Manuel Fajardo. Diplomada en Cuidados Intensivos del Adulto y Toxicología Clínica. Profesora Auxiliar Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

## RESUMEN

Motivados por evaluar el conocimiento del Consentimiento Informado (CI) que tienen clínicos, neurólogos, intensivistas, cirujanos y cardiólogos de la Vice dirección de atención al paciente grave del Hospital “Manuel Fajardo” que incluye: ICTUS, Cuidados Coronarios, Cuidados Intensivos y Urgencias, realizamos un estudio descriptivo mediante encuestas anónimas a 73 especialistas de un total de 117 que integran esta Vice dirección, de los cuales el 13.7% eran menores de 30 años y el 32.9% eran mujeres. El 98.6% afirmaron conocer el concepto de ética médica y el 80.8% de bioética. Las principales fuentes de estos conocimientos fueron: autodidacta (47.9%), carrera de medicina (41.1%), la religión (19.2%) y la familia (15.1%). Para ellos los motivos del Consentimiento Informado son legales (52.1%) y morales (38.4%). El 82.2% respondieron que la información del Consentimiento Informado

debe ser a pacientes y familiares, con lenguaje asequible (91.8%) y buscarían convencerlos mediante el diálogo (65.8%), persuasión de aceptar el criterio médico (19.2%). El 80.3% lo han aplicado alguna vez en el servicio y el 25.4% en la investigación. El 97.3% opina que no se aplica sistemáticamente porque no es una norma generalizada (54.9%) y no se considera importante ni necesario (45.1%). Sólo conocen que existen los comités de ética hospitalaria y de investigación, el 72% y 71.1% respectivamente. El 41.1% acepta la aplicación de eutanasia y el suicidio asistido fue aprobado por el 5.5%, ninguno aceptó el encarnizamiento terapéutico y el 53.4% no aceptó ninguno de estos criterios. La Ética Médica, la Bioética y el Consentimiento Informado son poco conocidos por los especialistas encuestados y este último no es aplicado sistemáticamente.

## INTRODUCCIÓN

La expresión Consentimiento Informado (CI) fue usada por primera vez en California, Estados Unidos en 1957 y se estableció la obligación de obtener consentimiento del enfermo, que previamente debía conocer detalles de todo su procedimiento y la conducta que se proponía tomar. Es decir, estableció el derecho del enfermo a una información de calidad y la obligación del médico a brindarla<sup>1</sup>.

Así, sobre los años 1960, el Consentimiento Informado se incorporó sistemáticamente al medio médico-sanitario en los Estados Unidos de América y formó parte constitutiva del acto médico. Ningún profesional de la salud podría decidir unilateralmente por su paciente, ni aún en defensa de sus mejores intereses<sup>2</sup>.

La ética deontologista es la denominación frecuente en la Bioética estadounidense para las éticas de corte kantiano, que propugnan que la buena conducta consiste en adecuar el comportamiento a reglas absolutas, desco-

nectadas, en mayor o menor medida, de las acciones concretas y sus consecuencias. Aunque este método de análisis es válido, hasta cierto punto, no puede desconectarse de los actos de la persona que actúa, ni del análisis de las consecuencias si quiere llegar a resultados realistas. Normalmente, los códigos de ética y deontología médica son descalificados sumariamente, considerándolos como una ética deontologista, cuyos principios se basan en la tradición médica, pero los cuales no pueden ser demostrados racionalmente<sup>3</sup>.

Por otra parte, una ética personalista, es la que toma como referente a la persona, su valor y dignidad, puede ofrecer un criterio objetivo y universal pues está fundamentado y amparado en la propia naturaleza humana, donde el hombre, por el hecho de ser persona, posee una dignidad que viene reclamada por su propia naturaleza. La persona se nos presenta como siendo propia y plenamente un bien, ya que sólo ella dice razón de fin y no simplemente de medio o instrumento.

Juan Pablo II, claro exponente de la Ética Personalista, afirma que “el paciente no es un individuo anónimo sobre el cual se pueden aplicar los frutos del conocimiento médico, sino que es una persona responsable, que debe ser llamada a hacerse copartícipe de la mejoría de su propia salud y de lograr la curación. Debe estar en condiciones de poder elegir personalmente y no sufrir decisiones tomadas por otros”<sup>4</sup>.

La conciencia profesional se ocupa de dos facetas concretas de la labor diaria del médico. En primer lugar, la corrección moral de su conducta como médico, con referencia a los deberes morales de la relación médico-paciente.

En segundo lugar, la obligación moral de practicar una “buena” medicina contemporánea, por ejemplo, una medicina que sea científicamente competente ya la vez humana. La conciencia personal a su vez atiende a las propias creencias morales del médico, ya sean de naturaleza espiritual, filosófica, cultural y étnica. Tanto la conciencia profesional como la personal deben ser protegidas<sup>5</sup>.

En el caso de que los sujetos de investigación sean o no autónomos o no competentes, se deberá solicitar el consentimiento por sustitución a sus representantes, y a ser posible el consentimiento del sujeto. Tradicionalmente, se ha dicho que existían dos formas de obtener el Consentimiento Informado: la verbal y la escrita. Sin embargo, esto es en realidad confundir la forma de obtención del consentimiento con la forma de conseguir que éste quede registrado, por ello Vaccarino<sup>6</sup>, decía que la única fórmula válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación. Aunque todavía se utilizan los formularios generales, éstos son éticamente injustificables y, probablemente, legalmente inválidos. Casabona<sup>7</sup>, fue bastante explícito al respecto, al afirmar que “no puede aceptarse un consentimiento escrito que no vaya acompañado de una información escrita”.

El Consentimiento Informado es un derecho del paciente y tiene su basamento legal y ético internacional para la realización de ensayos clínicos con regulaciones y normas actuales que deben ser cumplidas<sup>8</sup>.

En la terapia intensiva, tanto por el riesgo que lleva implícito el paciente mismo, como por la presunta consecuencia del acto médico, la prolongación de la vida o la muerte puede ser consecuencia directa o indirecta, inmediata o mediata de la decisión médica; en otras ocasiones la urgencia de una decisión no siempre permite el análisis adecuado por parte del médico ni la participación del paciente o de su representante, por lo que en este contexto se generan dilemas morales, que antes no existían al existir una participación pasiva de los pacientes en las decisiones que afectaban su propia vida, y que ahora por el desarrollo socio cultural alcanzado por la sociedad, se convierten en una problemática compleja, pues tanto el enfermo como toda la sociedad deben reflexionar sobre la racionalidad de las acciones médicas que siempre puedan ser emprendidas en cada caso y situación.

Según plantearon Salvo y col<sup>9</sup>, lo importante es que se le ayude, que el moribundo no se sienta sólo en ese úl-





timo trance, que se sienta hombre, que asuma su propia muerte con dignidad. Delicada tarea la del médico de hacer, y hacer o enseñar a hacer, a ayudantes y familia del enfermo, este exigente papel.

En este momento se sitúa el facultativo ante la disyuntiva de escoger lo que él entiende como bueno, con respecto a su paciente. Esta es la razón por la cual se necesita una reflexión que posibilite, de acuerdo a una fundamentación adecuada, un acompañamiento calificado de los enfermos. No existe un ámbito del actuar humano libre, en el que la ética no tenga algo que hacer y muy particularmente en el paciente grave o aun moribundo, lo expresado adquiere una gran connotación e importancia.

El médico deberá encontrarse siempre a la cabecera del paciente en las decisiones más escabrosas, ayudando a esclarecer conceptos y ayudar a promover al hombre sufriente, dentro de la propia enfermedad, sobre todo cuando parezca que la vida ya haya llegado a su fin<sup>10</sup>.

Existe poca educación en los cuidados paliativos, en los que proveen cuidados intensivos y los grandes problemas del dolor, molestias, ansiedad, disturbios del sueño, hambre, sed, insatisfechas y depresión, no son bien manejadas a menudo<sup>11</sup> y los procesos de evaluación o auditoria están poco documentados. Para ofrecer el Consentimiento Informado a los pacientes y familiares, los médicos deben estar entrenados y trabajar con el personal de enfermería y el resto del equipo hospitalario<sup>12</sup>.

Para que el paciente pueda participar efectivamente en el proceso de Consentimiento Informado se debe tener en cuenta la capacidad de permanecer consciente total o parcial debido a la medicación aplicada, la condición patológica, el dolor intenso, o la condición geriátrica. Y que influyen y/o determinan el proceso de decisión del mismo<sup>13</sup>.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET), es otro de los aspectos valorados en el paciente grave y se define como la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de te-

rapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán a un beneficio significativo al paciente<sup>14</sup>, pero siempre hay que tener en cuenta que la preservación de la dignidad debe ser el objetivo principal en el cuidado y tratamiento de los enfermos cercanos a la muerte<sup>15</sup>.

Según López<sup>16</sup>, el carácter ideológico de la Bioética y las características de su surgimiento no permiten asumir mecánicamente su discurso, sino de forma contextualizada, asumiendo sus valiosos aportes desde las concepciones del sistema social cubano.

En el Código de Ética Médica del Ministerio de Salud Pública aparece un el acápite que versa sobre la relación del médico con el paciente y sus familiares, expresa: “se debe obtener, antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica que pueda significar un alto riesgo para el paciente, su consentimiento o el de sus familiares, excepto en los casos de fuerza mayor”<sup>17</sup>.

En la Ley 41 de 13 de julio de 1983 denominada Ley de Salud Pública<sup>18</sup>, dice textualmente en el artículo 69: “los procedimientos médicos con el paciente podrán ser de promoción, prevención, diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación y se ejecutaran de conformidad con lo establecido en los artículos 18 y 19 de la Ley y en correspondencia con los principios que rigen la ética médica”.

Exactamente establece la Ley de Consentimiento Informado: “Los métodos de diagnóstico que impliquen riesgos, se realizan con la aprobación de los pacientes, excepto en los menores de edad o incapacidad mental, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor o representante legal en su caso. Refrenda además en su artículo 19, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes, se realizan con la aprobación referida en el artículo anterior. En aquellos casos de carácter urgente en los que peligre la vida del paciente, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos se hacen sin la aprobación antes consignada”.

En nuestro país en cada centro hospitalario deben estar constituidos los

Comité de Ética Hospitalaria (CEH) y de Ética de la Investigación (CEI) que rigen la política a seguir en la asistencia médica y en las investigaciones respectivamente<sup>19,20,21</sup>.

Para la realización de ensayos clínicos el Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos (CECMED) en su Regulación No. 21-200054<sup>22</sup>, describe que dentro de las responsabilidades éticas de todos los participantes en la investigación esta garantizar la adherencia a los procedimientos que establece el protocolo e informar y solicitar el consentimiento de los sujetos y que en caso de que el ensayo se realice en niños, ancianos, embarazadas o sectores desprotegidos, se puntualizarán las consideraciones éticas al respecto y la justificación del ensayo para esos casos y que serán incluidos los sujetos que otorguen su Consentimiento Informado, especificándose el momento de su obtención en relación con la inclusión y se anexará el modelo de Consentimiento Informado utilizado en el ensayo.

De manera general los ensayos clínicos serán conducidos de acuerdo con todo lo establecido en la última revisión de la Declaración de Helsinki, celebrada en la República de Sudáfrica<sup>23</sup>.

La preocupación por la aplicación de estos principios está presente en las diferentes ramas de la medicina cubana<sup>24</sup>, pero Lugones<sup>25</sup>, planteó que médicos, enfermeros y tecnólogos de la salud tienen dificultades para asumir el Consentimiento Informado porque su formación académica y su práctica clínica han estado imbuidas por los principios paternalistas tradicionales.

En nuestro país, estas prácticas descansan en un alto contenido humanista, bajo principios y valores de solidaridad y colectivismo. Es por ello que los principios bioéticos clásicos de beneficencia, autonomía y justicia son reconsiderados desde una perspectiva nacional, de acuerdo a las características del sistema de salud pública, lo que conlleva al entrelazamiento jerárquico de ellos en un contexto sociocultural propio. Es por ello que se considera un reto para el profesor de la universidad médica cubana actual,

el saber explotar las bases psicopedagógicas existentes, para incorporar al proceso docente la enseñanza de las buenas prácticas bioéticas<sup>26,27</sup>.

En el caso de Cuba el papel que juega la familia en la autonomía del paciente matiza un carácter de intermedia, decidiendo en ocasiones, qué hacer. Teniendo más importancia la necesidad de información adecuada y no la defensa legal.

Los médicos jóvenes deben ser entrenados en el cuidado compasivo y los conocimientos teóricos deben ser impartidos en entrenamientos de pre y posgrado, evidenciándolos con ejemplos y por observación del trabajo de sus profesores, que habitualmente proporcionen comodidad y cuidados médicos a los pacientes. La adquisición de estas habilidades también requiere de instrucción y comunicación<sup>28,29</sup>.

Existen estudios en América Latina que reconocen el desconocimiento sobre el tema que tratamos. Estudios realizados en Norteamérica demuestran también dificultades en la aplicación y conocimiento sobre el Consentimiento Informado<sup>30,31</sup>.

Después de revisar este tema de Consentimiento Informado a lo largo de la historia del hombre en estrecha relación siempre con el desarrollo de la relación médico paciente, motivados por el incommensurable valor de la Bioética y estimulados por el estudio del Bioeticista y Doctor en Ciencias Domingo Pérez,<sup>32</sup> y específicamente preocupados por el hecho de que hemos trabajado siempre con pacientes graves a lo largo de nuestra práctica médica y actualmente trabajamos con pacientes graves y frágiles, de la sala de ICTUS del Hospital Universitario Manuel Fajardo, una de las causas que ocasiona mayor invalidez y que cambia abruptamente la vida de las personas que la padecen y la de sus familiares que de forma súbita se convierten en cuidadores, decidimos investigar sobre este tema en nuestro entorno de trabajo.

De igual manera nuestra sala guarda estrecha relación con el resto de los servicios de atención al enfermo grave (Cuidados Coronarios, el Servicio de Urgencias y Emergencias, la Unidad

de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIE) y el Servicio de Urgencias), donde al igual que en el servicio nuestro, consideramos, no se le otorga al Consentimiento Informado la importancia y trascendencia que posee en el contexto de la relación médico paciente.

Justo por todo ello, fue que decidimos investigar sobre el comportamiento del conocimiento de este tema por personal médico especializado en esta institución y sobre el funcionamiento del proceso de información a pacientes y familiares, dado que el Consentimiento Informado implica una nueva cultura en el desarrollo de la relación clínica, que exige un mayor respeto del que hasta el momento se tenía a las personas y que constituye un proceder documentado más ético que jurídico, que contribuye no solo al desarrollo de los nexos establecidos en la relación médico paciente, sino facilita el incremento de conocimientos sobre terapéutica, intervención facultativa que debe poseer el enfermo y se convierte en un medios de desarrollar habilidades comunicativas, personalológicas y profesionales del equipo médico, propiciando la posibilidad de trazar metas comunes, que permitan alcanzar estadios cualitativos superiores dentro del proceso salud enfermedad.

### **Problema científico**

¿Existe conocimiento entre los médicos especialistas que prestan asistencia en la Atención al Paciente Grave del Hospital Universitario Manuel Fajardo, sobre el Consentimiento Informado, características e importancia? ¿Por qué vía han adquirido este conocimiento en caso de existir? ¿Conocen nuestros médicos de la Atención al Paciente Grave la existencia del Comité de Ética Médica Asistencial y de Ética de la Investigación? ¿Qué posición tienen estos médicos sobre dilemas éticos importantes presentes ante el final de la vida?

### **Hipótesis**

El conocimiento del Consentimiento Informado de los médicos que atienden al paciente grave y en general en la atención hospitalaria es insuficiente.

## OBJETIVOS

### General

- Valorar el grado de conocimiento que tienen los médicos de los servicios de atención al paciente grave del Hospital Universitario Manuel Fajardo sobre el Consentimiento Informado.

### Específicos

- Determinar si los médicos de la atención al paciente grave dominan elementos de Ética Médica y Bioética y por qué vía han adquirido este conocimiento.

- Precisar qué entienden por Consentimiento Informado estos médicos y si lo aplican en la práctica médica diaria.

- Demostrar el grado de desconocimiento que tienen los médicos sobre la existencia y funciones de los Comités de Ética Asistencial y los Comités de Ética de la Investigación

- Identificar la posición que asumen los médicos especialistas de la atención al paciente grave ante dilemas que enfrentan en su práctica médica como la eutanasia, el suicidio asistido y el encarnizamiento terapéutico.

### Resultados y análisis de los resultados

En total, 49 (67.1 %) son del sexo masculino y 24 (32.9 %) del femenino, lo que difirió significativamente ( $p = 0.035$ ). La distribución entre los grupos de edades fue similar ( $p = 0.6496$ ).

Con respecto a las especialidades hubo una distribución no homogénea ( $p = 0.0239$ ) y variada, situándose en orden decreciente: Medicina Interna, Cirugía, Medicina Intensiva, Neurología y Cardiología.

La distribución atendiendo a las unidades asistenciales o servicios en los que laboran tampoco fue homogénea ( $p = 0.0293$ ), pero sí diversa, que en orden decreciente de frecuencia fueron en: Urgencia, UCI, ICTUS, Cuidados Coronarios y UCIE (Tabla 3).

Los resultados fueron organizados según los grados de la especialidad y científicos, así como de las categorías docentes, donde se pudo constatar que la mayoría de los encuestados se encuentran en los niveles inferiores

de formación posgraduada en las tres vertientes analizadas, lo que no se corresponde con la distribución de los mismos en los grupos de edades, ya que solamente 13.7 % de ellos eran de 30 o menos años de edad. Estos valores aquí obtenidos contrastan con los presentados por Pérez, 2008, donde en un colectivo en su mayoría joven (65.7 % menores de 40 años), 42.2 % tenían categoría docente y 13.5 % grados científicos. Estos resultados son multicausales y no constituyen objetivos de nuestro estudio.

La gran mayoría de los especialistas encuestados manifestaron tener conocimientos sobre ética médica y de bioética respectivamente, pero no se corresponde con los resultados de tablas posteriores donde se corrobora el desconocimiento sobre esta joven disciplina. También resulta de destacar el porcentaje de ellos que dicen conocer sobre el Consentimiento Informado, sin embargo es altamente preocupante que solamente algo más de la mitad de estos especialistas tienen conocimiento del CEM, lo que es aún más significativo si tenemos en cuenta las Unidades Asistenciales y de Servicio donde laboran, en las cuales el paciente grave es el más común y por lo tanto, donde mayor impacto e importancia adquiere el conocimiento del CEM. El 30% del personal de enfermería del municipio Trinidad fue encuestado de forma anónima, entre los meses de febrero a junio del 2001, para explorar el grado de conocimiento sobre bioética. Se revisaron 50 procesos de atención de enfermería para evaluar en qué medida se aplicaron estos conocimientos en la realización de dicho proceso. Se utilizó el método descriptivo. Los resultados mostraron de forma general dificultades en los conocimientos teóricos, sin embargo en la evaluación de la aplicación práctica de los principios de bioética en las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, se destacaron mayoritariamente, las calificaciones correctas. Estos resultados reafirmaron la necesidad de impartir cursos sistemáticos de bioética al personal de enfermería para garantizar una mayor y más humana atención a las pacientes y sus

familiares. En otros estudios a modo de encuestas realizadas en Cuba, los resultados mostraron que las respuestas correctas en 6 o más de las 10 preguntas realizadas, fue inferior al 60 %. El grupo que mayores conocimientos demostró, fue el de enfermería con 51,9%, seguido por los técnicos generales con 35,7 %, los médicos con 30,8 % y los trabajadores de servicios con 15 % y se concluyó que es insuficiente el conocimiento general acerca de la bioética por el personal de salud del hospital, aunque las deficiencias no se presentaron con iguales características entre las diferentes categorías de personal encuestado.

Los encuestados refirieron que la formación adquirida en estos temas había sido por una amplia diversidad de vías, las que no difirieron significativamente, pero quedaron muy cercanas a la significación ( $p = 0.0595$ ). En orden decreciente de frecuencia estuvieron los estudios de la carrera de medicina, lo cual contrasta con lo que realmente ocurre, pues en los programas de formación de la carrera de Medicina no se dedica ningún semestre a la enseñanza de la Bioética. En segundo lugar se sitúa la formación autodidacta, seguidas por la religión (mayoría católica) y la familia, resultando las de menor frecuencia los estudios durante la residencia y los diplomados y maestrías, estos últimos posiblemente por el bajo número de especialistas con este grado científico en la muestra trabajada o por no tratar tampoco temas de Bioética en las maestrías recibidas por estos especialistas.

Sobre este aspecto, otros autores plantean en encuestas realizadas a residentes de la escuela de medicina de la universidad de Maryland, que 60% de los residentes se sentían capaces de manejar situaciones clínicas que involucrarán principios éticos y 53,2% respondieron que el entrenamiento adquirido en la residencia los había preparado para ello.

Los criterios que motivan la aplicación del Consentimiento Informado, de acuerdo con las encuestas realizadas, determinó que la mayoría considera motivos legales (52,1%), y entre otros, la protección al médico, exigen-

cias institucionales e incremento de la eficiencia del servicio. Con respecto a los motivos legales y de protección al médico se evidencia el desconocimiento del Reglamento hospitalario del MINSAP, pues en ninguno de sus capítulos aparecen referencias a este proceso de esta forma<sup>72</sup>, con respecto al reconocimiento de los motivos morales por 38,4% de los encuestados, lo que representa un incremento del conocimiento al respecto y que está acorde con las tendencias internacionales. A diferencia de los resultados obtenidos por Pérez donde sólo 15,8% lo consideraba una obligación moral, este tema sigue siendo de actualidad pues otros estudios plantean la aplicación de las nuevas tecnologías biomédicas a través de las leyes internacionales de los derechos humanos compatibilizándolas con las leyes médicas domésticas. Es importante resaltar, que el Consentimiento Informado es un derecho fundamental del paciente y una exigencia ética para el médico, no constituye respaldo legal, ni exime al médico de negligencias errores médicos y en este estudio se evidenció que 21,9 % de los encuestados lo considera un respaldo ante errores médicos. El Consentimiento Informado es la manera de lograr que el paciente tome una decisión autónoma al final de este proceso, ya sea para consentir o rechazar lo propuesto.

En Cuba, como en otros países de América Latina, como Chile por ejemplo<sup>33</sup>, no es aún una exigencia legal y consideramos que este hecho quizás sea un motivo de fuerza para darle la relevancia ética que merece más que interpretarlo como una regulación legal relacionada con el derecho.

Los médicos encuestados, en general, consideran muy acertadamente que la información debe ser transmitida a pacientes y familiares. El paciente es el principal depositario de toda la información respecto a su enfermedad y el médico no debe arrogarse el derecho de omitir u negar información, encontrando siempre la forma adecuada y con criterio prudencial.

Si la persona no es competente para comprender entonces es su familiar el depositario de la información para de-

cidir. Es decir, resultó mayoritaria la consideración de que la información debía ser transmitida a los pacientes y familiares, pocos encuestados consideraron que se informara solamente al paciente o solamente a los familiares, lo que puede estar dado por la tradición familiar cubana y su papel en las decisiones en nuestro entorno. Existen también estudios que identifican diferentes aspectos bioéticos que han identificado deficiencias en la comunicación y negligencias relacionadas con el Consentimiento Informado. García y col<sup>34</sup>, presentaron un estudio descriptivo transversal realizado para caracterizar la comunicación médico-paciente y el consentimiento informado en los servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, entre noviembre 2009 y enero 2010. Se encuestó a los especialistas para identificar el nivel de conocimiento sobre estos aspectos bioéticos. Los resultados mostraron una comunicación inefectiva.

La encuesta nos brinda un porcentaje alto de especialistas que bien han visto o han aplicado ellos mismos el Consentimiento Informado, predominantemente ( $p < 0.03$ ) en su propio hospital sobre otros centros y países, así como sobre la investigación, pero revisando las Historias Clínicas de los pacientes ingresados en esta institución, pudimos comprobar que pocas contienen el documento de CE, incluso, aunque la mayoría de los médicos dicen aplicarlo de modo verbal, en la práctica diaria aun predomina la forma autoritarista hipocrática en el desarrollo de la relación médico paciente de manera especial en la atención al enfermo grave.

Los criterios de los especialistas encuestados sobre la aplicación del Consentimiento Informado en el Hospital corroboraron nuestro comentario sobre la no aplicación del mismo, así como las causas. La casi totalidad de los encuestados (97,3) refieren la no aplicación sistemática del Consentimiento Informado y las causas más frecuentemente señaladas son: que todavía no hay una norma generalizada, que no se considera importante ni

necesario y que se desconoce su naturaleza y alcance.

Un estudio en Argentina de Pañella y Padrós<sup>35</sup> en 1999, describe que 54,54% de los médicos entrevistados sobre este tema contestaron que nunca usaban el impreso de Consentimiento Informado, es decir que no constituye su no aplicación un fenómeno solamente nacional.

Todas estas posibles causas señaladas por los encuestados se relacionan en primer lugar con el desconocimiento sobre el tema de la Bioética en primer lugar, elemento fundamental y aún por resolver en nuestro medio, por otra parte con elementos organizativos y de formación del personal, los cuales pueden tener soluciones plausibles en corto plazo, si se establece un programa para la aplicación sistemática del Consentimiento Informado, resultados que concuerdan con los descritos por otros autores<sup>36</sup>.

Sobre este tema Roges y col<sup>37</sup>, expresaron que el consentimiento informado no puede ser enfocado como un proceder aplicable únicamente cuando se interviene quirúrgicamente a una persona, o cuando se realizan ensayos clínicos; es un proceso que comienza al inicio de la relación sanitaria, que culmina con el alta del paciente y que combina las investigaciones científicas en el campo de la salud, los tratamientos médicos, las pruebas diagnósticas, los cuidados de enfermería, el ingreso y el alta hospitalaria; así como la atención en el domicilio, por lo que se encuentra presente en todos los aspectos concernientes al tratamiento y cuidado de la salud de las personas.

El criterio de Villanueva<sup>38</sup>, se mantiene vigente ya que expresa que si se quiere lograr que los investigados incorporen a su personalidad de manera estable y que por tanto, se produzcan modificaciones de conducta definitivas, lo que equivale a decir que se formen convicciones, en correspondencia con los objetivos de la investigación, resulta indispensable que se produzca el tránsito real de objeto de investigación a sujeto de la investigación, que los objetivos dejen de ser sólo de los investigadores para ser compartidos por los investigados.



Las reacciones de los encuestados ante una negativa del paciente o familiar en el Consentimiento Informado son predominantemente persuasivas mediante el diálogo, con o sin apoyo de otros profesionales y muy baja la frecuencia de especialistas que emplearían la manipulación de la información con posibles daños muy graves para lograr su objetivo.

Así mismo en el proceso de transmisión de la información, la generalidad de los encuestados, manifestaron utilizar un lenguaje asequible, que evalúan la capacidad del paciente para recibir la explicación de los riesgos y beneficios probables del tratamiento, así como que este documento, el Consentimiento Informado debe anexarse a la Historia Clínica. Es decir, el paciente/familiar tiene que tener para su consideración todas las variantes y después pueda decidir, sin presiones de ningún tipo.

De manera general se presenta un pobre conocimiento sobre los Comités de Ética, tanto del Hospitalario como del de Investigación, refiriendo un alto por ciento de los especialistas que solamente conocen de su existencia, pero muy pocos conocen quienes lo integran y las funciones y resultados de las gestiones de los mismos.

A pesar de que en cada centro hospitalario deben estar constituidos los Comité de Ética Hospitalaria y de Ética de la Investigación que rigen la política a seguir en la asistencia médica y en las investigaciones respectivamente, nuestros resultados evidencian el poco conocimiento sobre los mismos, aspectos que han sido descritos por otros especialistas como Pérez, que planteó que 63,15% de sus encuestados no conocían al primero y 55,27% no conocen el segundo, aunque en nuestro caso el nivel de conocimiento de la existencia de los mismos es superior pero desconocen sus integrantes y funciones.

Los CEH y CEI de cada centro hospitalario son los máximos responsables de este proceso, sin embargo, según estudios previos realizados a cirujanos en La Habana 63,15% no conocen al primero y 55,27% no conocen el segundo. De los que los co-

nocen, 78,57% y 58,82% en uno y otro caso, no tienen la mínima idea de su funcionamiento, de sus objetivos y de su integración. La mayoría piensa que el CEH es para juzgar y sancionar al personal de la salud del cual se recibieron quejas y el CEI sólo para aprobar protocolos y ensayos clínicos, olvidándose que en medio de todo este largo proceso está el enfermo, como unidad bio-psico-social y espiritual en interacción continua con el medio ambiente. Sobre criterios de los encuestados con respecto a la eutanasia, suicidio asistido y encarnizamiento terapéutico.

Pudo observarse que las opiniones se encuentran divididas, principalmente entre la no aceptación de ninguno de ellos y la aceptación de la eutanasia. Es destacable que los médicos que profesan la fe católica, se mostraron en contra de la aceptación de Eutanasia. Llama la atención la tendencia que existe, aunque no significativa en este trabajo, a la aceptación de eutanasia, incluso el suicidio asistido en un pequeño por ciento entre los médicos encuestados, lo cual se corresponde con tendencias internacionales justificadas en la “muerte decorosa” o “digna”.

Los Centros de Bioética Personalista, como el Centro “Juan Pablo II”, se pronuncian contra la Eutanasia y no sólo por el sentido religioso sino que son la propia razón natural y el sentido de humanidad los que piden un replanteamiento sobre una perversión real de las normas civiles y sanitarias. En nuestro país por otra parte se considera desde el punto de vista del derecho un delito la eutanasia penada por el código cubano. En noviembre del 2004 al recibir a 600 participantes en la conferencia internacional sobre cuidados paliativos, el entonces Papa Juan Pablo II afirmó que la eutanasia “en vez de rescatar a la persona de los sufrimientos, la suprime”. En relación al encarnizamiento terapéutico nuestros especialistas entrevistados, se manifestaron en contra, lo que demuestra que consideran que significa una prolongación inútil de la vida, una prolongación dolorosa de una agonía sin que haya recurso alguno que restituya la vida de estos enfermos. Esto

sin embargo contrasta con lo que vivimos en la práctica diaria, donde muchos especialistas aplican medidas extraordinarias a pacientes con enfermedades neoplásicas o degenerativas en etapas avanzadas, prolongando la agonía y el sufrimiento del enfermo, lo que realmente los aleja del concepto de muerte digna y atenta contra la dignidad de la persona. Al referirse a la terapia intensiva Juan Pablo II afirmó que “la decisión eventual de no emprender o de interrumpir una terapia se considera éticamente correcta cuando esta resulte ineficaz o claramente desproporcionada respecto a los fines de sostener la vida o la recuperación de la salud. El rechazo al ensañamiento terapéutico, por lo tanto, es expresión de respeto que en todo momento se debe al paciente”.

El análisis de estos criterios se expresa claramente en la frase de Bernar<sup>39</sup> “....que dado el pluralismo ideológico existente se plantea que: Nos encontramos con opciones ideológicas muy distintas a la hora de enfrentarnos con problemas médicos como el aborto, la eutanasia, etc. No se puede pretender imponer la ideología personal del médico en estos campos, además detectamos que hay diversidad de opiniones dentro del mismo colectivo médico con respecto a los temas conflictivos”. Estos aspectos están claramente dilucidados por Santiago<sup>40</sup>, que plantea que “Así pues, la presencia del agente sanitario —de su intención, sus convicciones, sus últimos fines al llevar a cabo una determinada toma de decisiones en la UCI, en un quirófano, al emitir un peritaje o a la cabecera de la cama del paciente— es imposible de sustraer de un juicio moral objetivo. Tampoco el agente lo podrá eliminar de su conciencia si, contra ella, obró conscientemente.

Sólo la práctica de las virtudes, convertidas ya en un hábito —en una forma de ser— hace el hombre capaz de intuir las decisiones y los pasos más justos y prudentes a lo largo de su vida”.

Por lo anteriormente expresado y tomando en consideración el ambiente donde se desarrollan los sujetos analizados, tales como la conciencia

de la crisis global, la inseguridad, la desorientación, el deterioro del medio ambiente, el cuestionamiento permanente de la autoridad, las actitudes paternalistas, la demanda de una formación menos paternalista y menos impositiva, que se manifiestan y a la vez forman parte de los resultados de este trabajo y que evidencian de la falta de conocimientos en los aspectos éticos que impiden una relación plena médico paciente en las unidades de atención al enfermo grave analizadas, arribamos a las siguientes conclusiones.

### CONCLUSIONES

El Consentimiento Informado es poco conocido por los especialistas encuestados y no es aplicado sistemáticamente, ni en la asistencia médica, ni en las investigaciones.

Son mayoritarios los especialistas encuestados con pocos elementos de Ética Médica y Bioética y desconocen el Código de Ética Médica del Ministerio de Salud Pública de Cuba. De igual manera desconocen la integración y funciones de los Comités de Ética Hospitalaria y de Ética de la Investigación de su centro.

La transmisión de la información médica a pacientes y familiares es generalmente bien entendida y caracterizada.

Entre los especialistas encuestados se encuentran divididas las opiniones entre la no aceptación y la aceptación de la eutanasia, mientras que la gran mayoría no aceptan ni el suicidio asistido, ni el encarnizamiento terapéutico.

### RECOMENDACIONES

- Ampliar estas investigaciones a otros servicios del Hospital y a otros centros, con la finalidad de caracterizar los conocimientos y aplicación de la ética médica, bioética y del Consentimiento Informado en los diferentes servicios, especialidades y centros del país.

- Elaborar un programa de estudios de pre y posgrado que atienda los temas de ética médica, bioética y del Consentimiento Informado para las diferentes especialidades y niveles

de formación del personal de salud, que permita considerar al ser humano por más deteriorado que esté de salud, como una persona, con un valor imponderable e insustituible, no sólo para él, sino también para todos los demás.

- Divulgar los resultados obtenidos en el hospital en particular y en la comunidad asistencial y docente en general. ■

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vega Monteagudo C. Consentimiento Informado y compromiso profesional. En: Colectivo de autores. Ensayos de Bioética III. Barcelona: Edit. Fundación MAPFRE; 2003. Pp.193-208.
- 2.- Cecchetto S. Teoría y práctica del Consentimiento Informado en el área neonatal. Serie Filosofía. Argentina: Ediciones Suárez; 2001. Pp. 21-27.
- 3.- Diccionario Espasa de Medicina. Madrid: Espasa Calpe, S.A.; s/a.-
- 4.- Juan Pablo II, Ai Congresso Mondiale dei Medici Cattolici, 3-X-82, en "Insegnamenti di Giovanni Paolo II" V/3. 1982. p. 673.
- 5.- Pellegrino ED. The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief: A Catholic Perspective, 30 FORDHAM URB. L.J. 221. Citado por Cuadernos de Bioética 2002; XXV 2014; 1:25-40.
- 6.- Vaccarino JM. Consent, informed consent and the consent form. N. Engl. J Med. 1978; 298: 455.
- 7.- Casabona R. El médico y el derecho penal. Barcelona: Bosch. 1981; (1): 336- 347.
- 8.- Castellanos ML, López J, Caballé M, García H. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46: (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es)

75072009000100007&lng=es.

- 9.- Salvo L, Homs C, López J Jiménez, B. El papel del médico ante el Moribundo. Cuadernos de Bioética 1994; 3: 174-178.
- 10.- Zamora R. Ética en el cuidado del paciente grave y terminal Rev. Cubana Salud Pública 2006; (32):4.
- 11.- Carlet J, Thijs LG, Antoneilli M, Cassell J, Cox P, Hill N, Hinds C, Pimentel JM, Reinhart K, Taylor B, Thompson B. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. Intensive Care Med, 2004; 30:770-784.
- 12.- Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F; French LATA-REA Group Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: a prospective survey. Lancet, 2001; 357: 9-14.
- 13.- Consentimiento informado. Pluralismo y dignidad. Equipo de Reflexión Bioética. Centro Juan Pablo II.
- 14.- Lugo E. El paciente y su capacidad de decisión sobre la terapia. Problemas de ética en medicina. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina, Argentina 2001; 1:115-128.
- 15.- Fernández Fernández R, Balgorri González F, Artigas Ravento A. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. RevElectrMedInt 2005; 29(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?)
- 16.- López Bombino LR. Ética, ciencia y responsabilidad. Vol.2. En: El saber ético de ayer a hoy. La Habana: Ed: Félix Varela; 2004. P. 79-86.
- 17.- República de Cuba. Gaceta Oficial. Ley No 41 del 13 de Julio de 1983 (Ley de Salud Pública). Pp. 967-76. Edición ordinaria # 61. Ciudad de La Habana. Agosto 1983.
- 18.- República de Cuba. Gaceta



- Oficial. Decreto No 139 del 4 de Febrero de 1988 (Reglamento de la Ley de Salud Pública). 177-192. Edición ordinaria No. 12, Ciudad de La Habana. Febrero 1988.
- 19.- Alonso Méndez D. Ética y Deontología Médica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989. Pp.117-19.
  - 20.- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Principios de la Ética Médica. La Habana 2004.
  - 21.- Ministerio de Salud Pública de Cuba: Principios de la Ética Médica. La Habana 2004.
  - 22.- CECMED. REGULACIÓN No. 21-2000 Requisitos para la solicitud de autorización y modificación de ensayos clínicos.
  - 23.- Declaración de Helsinki. Somerset West, República de Sudáfrica, Octubre de 1996.
  - 24.- Alert J. Bioética y tratamiento radiante Revista Cubana Oncología 2000; 2(16):120-127.
  - 25.- Lugones Botell M. Consentimiento informado. Revista Cubana MGI 2005. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_5-6\\_05/mgi205-605.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi205-605.htm).
  - 26.- González ME, Pimentel B. Bases psicopedagógicas elementales para la incorporación de buenas prácticas bioéticas en los educandos. EDUMECENTRO 2011; 3(3):5-9 Disponible en: <http://www.edumecentro.sld.cu>.
  - 27.- Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. Am J Med. 2000; 109:469-475.
  - 28.- Pañella D, Padrós J. El Consentimiento informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. Opiniones de los facultativos. Rev Cal Asist 1999; 14: 110-115.
  - 29.- Vossoughi SR, Macauley R, Sazama K, Fung MK. Attitudes, Practices, and Training on Informed Consent for Transfusions and Procedures: A Survey of Medical Students and Physicians. Am. J. Clin. Pathol. 2015; 144 (2); 315-21.
  - 30.- Silverman HJ, Dagenais J, Gordon-Lipkin E, Caputo L, Christian MW, Maidment BW 3rd, Binstock A, Oyalowo A, Moni M. Perceived comfort level of medical students and residents in handling clinical ethics issues J Med Ethics. 2013 39; (1):55-58.
  - 31.- Flicker LS, Rose SL, Eves MM, Flamm AL, Sanghani R, Smith ML. Developing and testing a checklist to enhance quality in clinical ethics consultation. J Clin Ethics. 2014; 25(4):281-90.
  - 32.- Pérez González D. Consentimiento Informado en Cirugía General. Tesis en opción al Título de Máster en Bioética por la Universidad Católica de Valencia y el Centro de Bioética Juan Pablo II de La Habana; 2008.
  - 33.- Asenjo C. Consentimiento informado ¿necesidad de resguardo legal o una necesidad ética? Bibliografía básica Diplomado de Bioética de Chile.
  - 34.- García MC, Tarajano A, Quiles I, Ortega N. Comunicación y consentimiento informado en servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial de Camagüey. RevHumMed 2011; 11 (1):81-98. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202011000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000100006&lng=es).
  - 35.- Pañella D, Padrós J. El Consentimiento informado en la medicina hospitalaria: del consenso conceptual a las dificultades de su práctica. Opiniones de los facultativos. Rev Cal Asist 1999; 14: 110-115.
  - 36.- Chacón, N. Ética, valores y profesionalidad pedagógica. En: Dimensión ética de la educación cubana. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2006. P.135.
  - 37.- Rogés Sánchez AV, Sánchez García S, Sanabria Negrín JG, Sosa Hernández H, Moleiro Hernández M. Aplicación del consentimiento informado por estomatólogos en la Atención Primaria de Salud. Revista Ciencias Médicas. 2010;14(1) Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/revfcm%2013-5/rev-fcm13-5-3.htm>.
  - 38.- Villanueva M. Enfoque bioético de las investigaciones pedagógicas. EducMedSuper 2000; (14):1.
  - 39.- Bernar A. Valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico-paciente. Roma: Pontificia Universidad de la Santa Cruz. Facultad de teología; 2000.
  - 40.- Santiago M de. Las virtudes en bioética clínica. Cuadernos de Bioética XXV 2014; 1º: 75-91.