

Cirugía y Cirujanos

Volumen 72
Volume

Número 3
Number

Mayo-Junio 2004
May-June

Artículo:

Derechos humanos y consentimiento informado

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Derechos humanos y consentimiento informado

Acad. Dr. Francisco P Navarro-Reynoso,* Dr. Miguel Argüelles-Mier,** Dr. Raúl Cicero-Sabido***

Resumen

La información es un derecho que tiene el ser humano; es irrenunciable y se lo confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra y el Código de Conducta del Personal de la Salud. La información que se da a un enfermo debe ser suficiente para que pueda tomar una decisión sobre su manejo y tratamiento. La información se relaciona directamente con la ética médica y es obligación de los trabajadores de la salud y de todos los profesionales en general.

Palabras clave: derecho a la información, Declaración Universal de los Derechos Humanos, consentimiento informado.

Summary

The right to information is a right that all human beings have; it is unrenounceable and confers to the human being the Rights to the Political Constitution of the United States of Mexico, the Universal Declaration of Human Rights, the Declaration of Geneva, and the Code of Behavior for Health Personnel. Information given to a sick person should suffice so that he/she can make a decision on management and treatment. Information is related directly with medical ethics and is obligatory not only for health workers but for all professionals in general.

Key words: Right to information, Universal Declaration of Human Rights, Informed consent.

Introducción

La aplicación del Código de Conducta del Personal de la Salud está plenamente difundida, sin embargo, sólo se mencionan algunos postulados, sin saber cuáles son las bases que los sustentan. El conocimiento de estas bases permite comprender mejor la razón de estos planteamientos. En el presente trabajo se pretende realizar una revisión de los orígenes de los derechos humanos y del consentimiento informado y su relación con los códigos de conducta vigentes.

Antecedentes sobre los derechos humanos

En la teoría del Estado Moderno se establece con toda claridad que cualquier organización política descansa en dos

pilares fundamentales: el reconocimiento de los derechos de las personas y la administración del Estado, con la división de los poderes que la integran⁽¹⁾.

Durante el reinado de Luis XVI tuvo lugar en Francia la Revolución Francesa; en 1789 se discutieron los Derechos del Hombre y del Ciudadano, proclamando que los individuos tienen derechos inherentes a su propio ser. Estos derechos naturales, irrenunciables y sagrados, no son otorgados por la autoridad sino que preexisten y se expresan en el lema de la Revolución Francesa: "libertad, igualdad y fraternidad"^(2,3).

La historia de los valores fundamentales del ser humano se remonta a la época de oro de Egipto y Mesopotamia, donde se consideró legítimo el uso de la fuerza para proteger el derecho de los débiles. Existen documentos médicos que reconocen los derechos humanos y que mencionan algunas restricciones para evitar agresión y abuso. En 1514, en España, el rey Fernando el Católico concede la libertad a los indios para casarse con quien quisieran. En 1524 se establece la prohibición de obligar o trabajar a un indio libre en contra de su voluntad⁽²⁻⁵⁾.

El 26 de mayo de 1679, en Inglaterra, se promulgaron importantes documentos jurídicos para el reconocimiento de los derechos humanos, lo que limita las acciones del Estado y la prohibición de la detención de las personas sin orden judicial⁽²⁻⁵⁾.

En 1689 se postula una serie de derechos a la libertad personal y a la propiedad individual de los ciudadanos ingleses. Después de octubre de 1774 se hace la declaración de los Derechos de Virginia, en el Congreso de las Doce

* Académico de número, Academia Mexicana de Cirugía. Jefe del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México, Secretaría de Salud. Facultad de Medicina, UNAM.

** Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Aguascalientes.

*** Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México, Secretaría de Salud. Facultad de Medicina, UNAM.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Francisco P. Navarro-Reynoso
Dr. Balmis 148, Colonia Doctores
06726 México, D.F.
Teléfono: 1035 0621

Recibido para publicación: 29-01-2004.
Aceptado para publicación: 29-03-2004.



Colonias, donde se confirman los derechos irrenunciables de sus habitantes y se señala “que nadie puede ser privado de su libertad sin un juicio donde se conozca la causa y la naturaleza de su acusación”⁽⁶⁾.

La expresión colectiva *humans rights* (derechos humanos) designa las diez primeras enmiendas de la Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica, propuestas en la primera legislación del Congreso, el 25 de septiembre de 1798, como adición al texto de la Constitución adoptada el 17 de septiembre de 1787. En el siglo XX, la defensa de los derechos humanos encuentra su primera expresión formal en el Código de Nüremberg, emitido por el Tribunal Internacional de Nüremberg (1947), con la Declaración Universal de los Derechos, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, y posteriormente con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de los Estados. Esta declaración se proclamó como “ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y las libertades que aseguren, por medio de medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva, tanto entre los pueblos de los estados miembros, como entre los de los territorios coloados bajo su jurisdicción”⁽²⁻⁵⁾.

En el entorno internacional, la defensa de los derechos humanos se renueva con la Declaración de Helsinki en la Décima Octava Asamblea Médica Mundial de 1964, ratificada y perfeccionada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989. Así mismo, esta defensa se acelera en 1989 después de la matanza de Tiananmen en China, la caída del Muro de Berlín el 1 de octubre del mismo año, y el resquebrajamiento de la Unión Soviética en 1993. Al enderezarse el sistema capitalista hacia la mayoría de la población, se originó la desaparición del “Estado benefactor” en las sociedades llamadas democráticas. Los efectos de estos fenómenos derivaron en la necesidad de una reorganización social que ha llevado como bandera la defensa de los derechos humanos por todos los caminos posibles, con el fin de buscar un mejor equilibrio en la aplicación de la justicia por la vía pacífica, creando organismos que preserven el estado de derecho⁽¹⁻⁵⁾.

Ante estos sucesos internacionales, México no pudo permanecer ajeno y menos a partir de la apertura comercial, con la que se presentó un proceso de reordenamiento económico, político y social a un alto costo para la sociedad mexicana. El ejercicio de los derechos humanos no podía quedar rezagado⁽⁷⁻⁹⁾.

En México, el tema de los derechos humanos encuentra su expresión en la Procuraduría de los Pobres, creada en 1847, en San Luis Potosí, por Ponciano Arriaga, visionario y re-

formador liberal, quien a partir de la desigualdad y la marginación sufridas por la gente de escasos recursos, considera necesario crear una instancia que actúe en defensa de los desvalidos y repare el daño consecutivo a actos de negligencia y abuso de las autoridades y ausencia de información. Otros antecedentes se encuentran plasmados en la Constitución de 1857, que estableció las garantías individuales, y en la Constitución de 1917, en la que se introducen disposiciones que defienden los derechos humanos, como los artículos 3, 27 y 123, que garantizan la educación, la tenencia de la tierra y el derecho al trabajo^(1-5,8,9).

En 1989 se inicia la protección de los derechos humanos mediante un sistema no jurisdiccional, con la creación de la Dirección General de los Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación⁽⁶⁾ y después con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el 6 de junio de 1990. Otros antecedentes se encuentran en los Códigos de Ética de la Academia Mexicana de Cirugía, el Código de Ética de la Academia de Medicina y los códigos de las instituciones de salud gubernamentales y no gubernamentales, que se basan en los mismos lineamientos^(4,5,7).

Clasificación de los derechos humanos

Los derechos humanos se clasifican en tres generaciones^(3,4,8-11):

- a) *Primera generación*: derechos civiles y políticos, también denominados fundamentales, como el derecho a la vida, la libertad, la igualdad y la información.
- b) *Segunda generación*: derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la asociación, al trabajo, a la salud, a la autonomía personal y a la libertad.
- c) *Tercera generación*: comprende incentivos para el progreso social y la elevación del nivel de vida de todos los pueblos, y los derechos de solidaridad que deben existir entre los diferentes pueblos, como la democracia y un ambiente sano.

El titular de estos derechos es el Estado, pero también pueden ser reclamados ante el propio Estado por grupos no pertenecientes a él, o ante otro Estado, es decir, de nación a nación dentro de la comunidad internacional.

Características de los derechos humanos

Son universales porque pertenecen a todas las personas sin importar su sexo, edad, raza o posición social. Los primeros antecedentes históricos de la figura del *ombudsman* se remontan a la República romana, que protegía los derechos fundamentales de todos los ciudadanos de Roma y permitía elegir dos magistrados plebeyos que se integraban a la insti-

tución de *Tribuni Plebis* que los representaba y velaba por sus intereses⁽¹⁻⁴⁾.

En México existen antecedentes históricos muy importantes, como el Bando de Hidalgo, en 1810, que abolía la esclavitud; los Elementos Constitucionales de Rayón, en 1811, donde se establecen la proscripción de la esclavitud, la libertad de imprenta y la inviolabilidad del domicilio; la Constitución de Cádiz, en 1812, que a pesar de su corta vigencia establece la protección de la libertad civil y la propiedad privada, la garantía de audiencia y la inviolabilidad del domicilio. Los “Sentimientos de la Nación” de Morelos, en 1813, contienen la aplicación de leyes generales sin excepción, la proscripción de la esclavitud y la condena a la tortura; la Constitución de Apatzingán de 1814, menciona “la igualdad, seguridad, propiedad y libertad de los ciudadanos”, y consagra los derechos del hombre⁽¹⁻⁴⁾.

En la Constitución Federal de 1824, los derechos fundamentales se encuentran dispersos a lo largo del texto, así como en Las Siete Leyes Constitucionales de 1836. Finalmente, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, en el título 1 del capítulo 1, menciona las garantías individuales, consignando por primera vez la concepción del constitucionalismo moderno al introducir estas garantías sociales en su articulado, incluso antes que la Constitución de Weimar, que en su momento constituyó una verdadera revolución jurídica y política. En estos ordenamientos se reafirma la protección de las garantías individuales, entre las que se encuentra el derecho a la información^(2-4,11,12).

A partir de 1975 se implementan en México distintos organismos que encarnan las características de un *ombudsman* ejecutivo, que se distingue por la falta de formalismos y la celeridad en sus procedimientos, toda vez que complementa la función de los órganos ya establecidos por el Estado^(13,14).

Código de Conducta del Personal de Salud

Este Código se fundamenta en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (que refiere la fidelidad profesional), adoptada desde 1948 y enmendada en Sydney en agosto de 1968, y en el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea Médica Mundial de Londres en 1949 y enmendado en la Vigésima Segunda Asamblea Médica Mundial de Sydney en 1968, y en Venecia en octubre de 1983. El Código de Conducta del Personal de la Salud se refiere a la conducta que debe observar el personal de salud y el derecho que tienen los pacientes a recibir información y al secreto profesional por parte del personal de salud^(3,4,7,11,13-16). El citado Código refiere⁽⁷⁾:

Párrafo 12: “Guardará con la mayor confidencialidad la información relativa a los pacientes, la que sólo se divulgará

con autorización expresa del paciente o su tutor, con excepción de las circunstancias previstas en la ley”.

Párrafo 13: “Cuando el paciente pide a su médico que decida por él lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir, conforme a su leal entender y proceder, conservando así los derechos fundamentales del paciente”.

Párrafo 14: “Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legalmente establecidos”.

Párrafo 15: “Así mismo les hará saber los beneficios que pueden lograrse con lo anterior y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse”.

Párrafo 16: “Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada”.

Párrafo 17. “Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuados”.

Párrafo 18: “Si se requiere de una intervención quirúrgica, el médico deberá explicar al paciente con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados y si es el caso, los costos del mismo”.

Párrafo 19: “Solamente cuando no se encuentre un familiar responsable en los casos de incapacidad temporal o permanente de un paciente, estando en peligro su vida, la función o la integridad corporal, el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotar la justificación de su acción en el expediente clínico”.

Párrafo 22: “A los pacientes hospitalizados deberá de informárseles la razón de la necesidad de practicar exámenes de laboratorio o gabinete y comunicárseles los horarios de los estudios y la preparación necesaria”.

Párrafo 23: “Se informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su ministración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas”.

También se relacionan con los estándares de trato social, los párrafos 4, 6 y 10, que dicen:

Párrafo 4: “Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y

prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables”.

Párrafo 6: “Los profesionales de la salud deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución, resaltando su propia persona”.

Párrafo 10: “El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación”.

Antecedentes sobre el consentimiento informado

La primera vez que se discutió el consentimiento informado fue en Estados Unidos de América en 1948, después de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, existen antecedentes que lo esbozan de manera indirecta. El consentimiento informado forma parte de la ética del personal de la salud, particularmente del médico, quien lleva a cuestas la gran responsabilidad de dar la información al paciente^(2,3,6,7,11,14,15).

El derecho del paciente a ser informado es un eslabón que le permite tomar decisiones que pueden ser relevantes en la evolución de su padecimiento, tanto para no aceptar un tratamiento o intervención quirúrgica como para aceptarlo, con todas las prerrogativas que esto implica ya que puede cambiar de rumbo el destino de su vida^(3,4,7,11,16,17).

Este consentimiento informado individual se asocia al consentimiento informado colectivo o social, que permite la aplicación de las normas y procedimientos que interesan directamente a la sociedad, como las campañas de detección de enfermedades, campañas de vacunación y de investigación en seres humanos, entre otros. El consentimiento informado es individual (derecho del hombre) y permite la toma de decisiones. Es importante que la toma de decisiones se apoye en una buena información, tal como lo menciona el artículo 4 de la Constitución Mexicana: “se debe de proporcionar a los individuos la información en su lengua, en forma clara”⁽¹⁸⁾.

La información debe ofrecer un abanico de opciones, donde se señale de manera certera la posibilidad de tomar una o varias decisiones, en el caso de que existan, con conocimiento de las consecuencias y problemas que puedan surgir^(3,4,7,9,11,13-18).

El capítulo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se refiere a las garantías individuales y al derecho que tiene el individuo a la información. En su artículo 6 se indica que “el derecho a la información debe de garantizarlo el Estado”, y en el artículo 8 se menciona “el derecho de petición”. Ambos se enlazan en este rubro⁽¹⁸⁾.

La Ley General de Salud señala en sus artículos 136, 137 y 138, las condiciones bajo las cuales el profesional debe informar los casos que epidemiológicamente deben reportarse, independientemente del secreto profesional. El incumplimiento de estos lineamientos es sancionable porque puede cometerse un delito, calificado en el artículo 400 del Código Penal Federal, ya que puede caerse en encubrimiento, como lo señala el artículo 178⁽¹³⁾.

Cuando el individuo no sea capaz de tomar decisiones por causas diversas, como enfermedades agudas o crónicas, la toma de decisiones se transfiere a los familiares en línea directa que se encuentren presentes, de acuerdo a lo establecido por la ley en esta materia. Igualmente la información deberá ser clara y precisa para que se pueda decidir cuando se requiera, pero siempre señalándose todas las opciones y sus posibles consecuencias; de igual forma deberán mencionarse, sin manipulación, cuáles serían otras opciones. Esta obligación es aplicable en casos de consulta legal con diferentes personas o profesionales, ya que es algo no restringido al área de la salud^(13,18).

En ausencia de familiares y de incapacidad por parte del paciente, las decisiones podrán tomarse dos médicos que tengan la información completa y que conozcan el tema, para poder apoyar la decisión del médico tratante. Se puede acudir al Comité de Bioética Institucional a fin de que las decisiones tengan un sustento legal^(7-11,13-16).

En el ámbito del consentimiento informado y el derecho a la información, el paciente podrá decidir qué médico le ha de tratar, si acepta o no un tratamiento médico o quirúrgico, si acepta o no cumplir con medidas preventivas y si participa o no en programas de investigación o de planificación familiar.

Los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress, de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y de justicia, se entrelazan con el consentimiento informado y el derecho a la información^(6,17).

Relacionando esta conducta ideal con el personal de salud, debe estar estrechamente unida a dichos principios éticos, de hecho no pueden separarse. De ellos, el principio central es el de la autonomía pues de él se deriva el consentimiento informado.

En 1994 el maestro Manuel Velasco Suárez mencionó que “el respeto absoluto a la vida buscado por la bioética, es que llegue a todos y cada uno de los seres humanos que quieren su desarrollo personal integrado; tiene que estar orientado hacia la búsqueda siempre del bien, la verdad, la belleza, la justicia y la paz”. También señalaba que “la bioética si bien no es realmente la moral de la vida, es la moral de la actitud frente a la vida, por lo que debe fungir como guía conductual en la que la empatía y la actitud humanitaria del trabajador de la salud deben promover siempre el diálogo, para que así el prestador de la atención y servicio y, por el otro lado,

el usuario que espera la beneficencia de aquella persona o grupo de personas, sean capaces de generar una relación basada en la confidencialidad que permita al paciente tomar la decisión más adecuada”⁽¹⁹⁾.

De estas ideas se puede derivar que además de guardar la confidencialidad y el secreto profesional se debe hablar con la verdad al paciente y a los familiares, tomando en cuenta su cultura y capacidad mental, así como la honrada consideración ética del trabajador de la salud⁽²⁰⁻²³⁾.

El sentido más humano de la comunicación se genera cuando de manera incondicional sabemos escuchar, sin embargo, tal parece que en la actualidad se está en contra de la comunicación. Por lo general el trabajador de la salud (de manera particular, el médico altamente especializado) no tiene disponibilidad para escuchar y proporcionar informes a familiares y a los mismos pacientes, derivando tal responsabilidad a otras personas: la enfermera, el trabajador social, el médico interno de pregrado o el residente, los cuales no poseen la experiencia suficiente o son poco conocedores de la situación particular de cada enfermo⁽²⁰⁻²³⁾.

El respeto a la autonomía de las personas expresada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁽¹⁸⁾ es un derecho e implica la libertad inalienable de todos y cada uno de los ciudadanos, se basa en la dignidad innata de los seres humanos. Este concepto de autonomía personal en el marco del ejercicio clínico establece una norma en las decisiones terapéuticas, cuya falta se identifica con la negligencia para buscar el consentimiento del paciente antes de realizar cualquier procedimiento, intervención o tratamiento^(13-15,21). Este consentimiento y la información que se derive son confidenciales y no deben ser divulgados^(3-9,13-17,21,23).

El punto de vista bioético

La obtención del consentimiento informado para realizar estudios diagnósticos o para iniciar un tratamiento médico, odontológico, nutricional, optométrico, o cualquier otra medida terapéutica, debe darse libre de toda coerción; ésta es una regla moral que prohíbe que una persona prive a otra de su libertad. Aún más, el término “consentimiento informado” parece que no es el más idóneo, ya que se interpreta como la comunicación de información que con mucha frecuencia es transferida a otra persona no responsable del tratamiento, procedimiento o intervención. Tal situación no convalida el “proceso profesional de la salud-paciente” para el consentimiento adecuado^(3-5,13-15,21-23).

Algunos profesionales de la salud han interpretado la obtención del consentimiento como un estorbo legal, y en muchos casos se tienen ya diseñados documentos que el paciente sólo tiene que firmar; consideran el procedimiento como una pérdida de tiempo. Es fundamental destacar tres elementos importantes que deben ser tomados en cuenta en el consentimiento:

1. Todo profesional de la salud tiene la obligación de informar con sinceridad y todo detalle a sus pacientes acerca de la situación de su salud.
2. El consentimiento debe ser obtenido libre de toda coerción.
3. El paciente debe estar en condiciones mentales apropiadas y demostrar la capacidad suficiente para estar en posibilidad de aceptar o no cualquier tratamiento, procedimiento o intervención.

Todo consentimiento que haya sido obtenido sin tomar en cuenta los puntos anteriores carece de valor, salvo excepciones como las que se presentan en casos de urgencias, en las que se da prioridad al precepto de beneficencia sobre el de autonomía^(3-5,7,14-16,19-23).

En relación con la información que se debe proporcionar a fin de obtener el consentimiento informado, algunos profesionales la consideran difícil de expresar pues se requiere que el paciente y los familiares tengan cierto nivel educativo. Todo profesional relacionado con la salud debe cuidar que la información proporcionada al paciente en cuanto a su padecimiento sea explicada en forma elemental y comprensible (el paciente y sus familiares no son médicos, sólo en excepciones). El profesional debe señalar los riesgos y beneficios inherentes al tratamiento por elegir, pero también es importante indicar qué podría ocurrir en caso de no aceptar el tratamiento. El tratamiento que ha de recomendar debe ser planteado sin exagerar razones a favor o en contra.

Lo anteriormente señalado es fundamental para el paciente, ya que dicha información le permitirá ponderar riesgos y beneficios, tomando en cuenta su propia educación y valores, en relación con el cuidado de su salud^(3-5,7,14-16,19-23).

En la prudencia para decir y actuar con la verdad debe quedar implícito el principio de la no maleficencia, así como no mentir, respetando siempre los derechos del enfermo, sus valores culturales y los de su familia. La bioética no pretende dar los elementos para una adecuada protección legal, pero sí afianzar la autonomía y el respeto a la dignidad de la persona, libre ésta de cualquier tipo de manipulación^(3-5,7,14-16,19-23).

La dignidad humana es uno de los preceptos bioéticos más importantes, es responsabilidad de todo profesional de la salud defenderla invariablemente para no defraudar la confianza que los pacientes depositan en su médico, enfermera, nutriólogo, odontólogo, psicólogo, optometrista, trabajador social o cualquier otro involucrado en el cuidado de la salud⁽¹⁶⁾.

La bioética es una ciencia de gran importancia porque el rápido avance de la tecnología permite implantar normas y sanciones ante el incumplimiento, lo que se encuentra rela-

cionado directamente con el ejercicio del derecho y está ligado a los ordenamientos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, el Reglamento de Atención Médica y a los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la Convención Europea de Salvaguarda de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de 1950, así como otros acuerdos internacionales, entre los que se encuentra la Convención de Asturias de Bioética de 1997, que la mayoría de los países han ratificado e incorporado a sus sistemas legales⁽²⁻⁶⁾.

La bioética propone conductas consideradas ideales, donde la jerarquía de valores obliga al individuo a cumplirlas. Propone cómo debe ser la persona, cómo debe respetar a los demás y plantea valores acordes con la dignidad del ser humano⁽²¹⁻²³⁾.

La bioética es una disciplina en vías de maduración debido a que es relativamente reciente en áreas que se encuentran aún restringidas a su consideración, como las ciencias de la medicina y la biología. La bioética se ubica en el campo de la justicia. Es “la voluntad firme y continuada de dar a cada cual lo suyo” (*justitia est constans et perpetuae fūs suum cuigue trībuendī*), específicamente en lo relativo a la justicia distributiva, que da respuesta a las siguientes interrogantes: ¿quiénes tienen derechos?, ¿qué derechos poseen?, ¿por qué determinados sujetos tienen esos derechos y no otros? Preguntas difíciles de contestar^(2-5,14-16,21-23).

Los sujetos no autónomos que por carecer de voluntad no pueden ser informados, como los embriones y fetos humanos, los enfermos mentales y deficientes, los pacientes terminales con lesiones graves irreversibles, son individuos que deben de ser tratados con base en la información que reciben los encargados de ellos: padres, tutores, parientes cercanos o funcionarios a su cuidado^(4,5,7,13,21-23).

En este marco de referencia, cualquier ciudadano, individuo e institución que decida sobre cuestiones bioéticas debe quedar sujeto a la Constitución y al orden jurídico aplicable, en virtud de que la bioética se vincula con los preceptos legales ahí contenidos. En la actualidad, los derechos humanos son atributos de toda la humanidad y han sido reconocidos en diversos ordenamientos jurídicos, y en un momento dado pueden ser garantizados por los órganos jurisdiccionales competentes^(4,5,7,13, 21-23).

¿Qué se puede proponer?

La posibilidad de realizar programas de capacitación en ética y en aspectos legales desde que el estudiante de medicina inicia su carrera, tratados con seriedad y profundidad. Muchas personas ignoran estos temas y se necesita que cada día exista un mayor conocimiento de ellos para crear una conciencia ética.

Méjico tiene una pobre cultura en general; uno de los aspectos que ignora es el relacionado con la bioética. Educar en este aspecto es una labor larga y difícil, pero se debe comenzar. Se ha perdido la capacidad de asombro, de la sorpresa y todo lo que sucede, sea cual sea la dimensión, parece cotidiano.

El consentimiento informado y el secreto de la información teóricamente son aplicables, pero en la práctica no se llevan a cabo. En el Código Civil de Méjico, los artículos 1916, 1916 bis, 1917, 1918 y 1919, se refieren a las obligaciones que nacen de los actos ilícitos y las penas a que se hacen acreedores quienes los cometan; muchos de estos actos ilícitos no se darían si existiera una conciencia ética⁽²⁴⁾.

Comunicar a otros el secreto profesional y no manejar correctamente la información, ya sea a favor o en contra de un paciente, es un acto no ético que debe ser sancionado y cuyo daño moral no se valora con frecuencia.

Actualmente las penalidades son muy bajas, todos hablan y comentan y muy pocos guardan celosamente el secreto profesional, que solamente puede ser divulgado en casos y situaciones especiales ya señaladas, bajo una orden judicial^(13,15,18).

Comentarios

Los derechos humanos son intrínsecos e irrenunciables y se encuentran plasmados en diferentes documentos de gran valor histórico.

El conocimiento de los temas bioéticos requiere dedicación y una extensa búsqueda de información.

La ética debe normar los actos del hombre, de tal forma es deseable un acercamiento hacia la bioética ya que el entendimiento de los aspectos bioéticos llevará al profesional médico a adoptar mejores conductas, a una mejor convivencia, a preservar su entorno y a actuar en armonía con sus pacientes y los individuos que lo rodean.

El consentimiento informado es una obligación de carácter ético y legal indiscutible.

Referencias

1. Beauchamp TL, Bowie NE. Ethical theory and business. Englewood, NJ, USA: Prentice Hall-Englewood Cliffs; 1989.
2. Beauchamp TL, Faden RR. A history and theory informed consent. New York: Oxford University Press; 1986.
3. Quintana-Adriano EA. Bioética y derechos humanos. En: Summa bioética. Méjico: Comisión Nacional de Bioética; 2003. pp. 15-36.
4. Cano-Valle F. ¿Qué es la bioética? Méjico: Médico Moderno; 2002. pp. 32-46.
5. Cazares ARM. La autonomía y el consentimiento informado de los pacientes. Boletín de la Comisión Nacional de Bioética. Año 2. Núm. 5. diciembre 1995/enero 1996.
6. Secretaría de Gobernación. 1789-1989. Bicentenario de la Declaración de los Derechos del Hombre y sus Ciudadanos. Méjico: Secretaría de Gobernación; 1989.

7. Secretaría de Salud. Código de Bioética para el Personal de Salud. México: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética; 2002.
8. Chapman AR. Health care reform: a human rights approach. Washington, D.C., USA: Georgetown University Press; 1994.
9. Drane J. Competency to give an informed consent. *JAMA* 1984;252: 925-927.
10. Hamey DM. Medical malpractice. Indianapolis, IN, USA: Alien Smith Co.; 1973.
11. Kilner JF. Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient-selection. New Haven, CT, USA: Yale University Press; 1990.
12. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. México: McGraw-Hill; 1996.
13. Ley General de Salud. México: Editorial Porrúa; 2001.
14. Código de Bioética. En: Summa bioética. México: Comisión Nacional de Bioética; 2002. pp. 57-67.
15. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. México; 2001.
16. Lara y Mateos RM. Medicina y cultura: hacia una formación integral del profesional de la salud. México: Plaza y Valdés; 1994.
17. Spencer E. Competency and consent to treatment. *JAMA* 1985;253: 778-779.
18. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Editorial Porrúa; 2002.
19. Velasco-Suárez M. Salud mental y bioética en psiquiatría. Ponencia en el IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. *Gac Med Mex* 1996;133(3):211-229.
20. Hall MA, Ellman IM. Health care law and ethics in a nutshell. St Paul Minn: West Publishing Co.; 1990.
21. Cano-Valle F. Los derechos humanos y el médico. *Gac Med Mex* 1991;121:475-480.
22. Islas de González-Mariscal O (coordinadora). Los derechos del hombre. Revista Mexicana de Derecho Penal; 1964.
23. Santillán DP, Cabral CA, Soto R. El consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación médica. *Rev Invest Clin* 2003;55: 322-338.
24. Código Civil de México. México: Editorial Porrúa; 2003.

