

Centro Internacional de Salud, Derecho y Ética
Facultad de Derecho, Universidad de Haifa, Israel

Cátedra UNESCO de Bioética

Consentimiento Informado



Editor: Prof. Amnon Carmi

Traducción
Antonio Piga. España
Carlos Valerio. Costa Rica

Revisión
María Teresa Alfonso Galán. España

Comisión Nacional de Israel para la UNESCO

CATEDRA UNESCO DE BIOETICA

Centro Internacional de Salud, Derecho y Etica

Facultad de Derecho. Universidad de Haifa, Israel

Presidente: A. Cami (Israel) Coordinador: H. Wax. (Israel)

Comité Director

A. Carmi (Presidente)

M. Cotler (Estados Unidos)

S. Fluss (Reino Unido)

G.B. Kutukdjian (Francia)

O. Okasha (Egipto)

N. Sartorius (Suiza)

Consentimiento Informado

Editor: Amnon Carmi

Coordinador: H. Wax

Comité Director

B. Carmi (Presidente)

M. Cotler (Estados Unidos)

S. Fluss (Reino Unido)

G.B. Kutukdjian (Francia)

O. Okasha (Egipto)

N. Sartorius (Suiza)

Comité Científico

J. Arboleda- Florez (Canadá)

G.G. Kutukdjar (Francia)

J. Kegley (Estados Unidos)

T. Le Blang (Estados Unidos)

A. Piga. (España)

Contribuidores de casos

S.C. Ahuja (India)

A.T. Alora (Filipinas)

C. Arda (Turquía)

K. Avasthi (India)

J.M. Bengo (Malawi)

N. Biller-Andorno (Alemania)

B. Dickens (Canadá)

Y. Dousset (Francia)

G. Ermolaeva (Rusia)

N. Ersoy (Turquía)

T.W. Faict (Francia)

M.S. Fais (Indias Occidentales)

KO. Juzwenko (Polonia)

S.A. Kayuni (Malawi)

R. Letonturier (Francia)

M. Ljochkova (Bulgaria)

F. Masedu (Italia)

R. Mlotha (Malawi)

U. Modan (Indonesia)
S. Neel (Francia)
B. van Oorschot (Alemania)
F. di Oro (Italia)
R. D. Orr (Estados Unidos)
W.P. Pienaar (Holanda)
J. Ramesh (Indias Occidentales)
R. Rudnick (Israel)
R. Stefanov (Bulgaria)
A. Stija (India)
Y. Takeuchi (Japón)
M. Teshome (Etiopía)
J. Viñas (España)
E.R. Walrond (Indias Occidentales)
F.A. Woo (Filipinas)

Revisores adicionales

R. Beran (Australia)
J. Blaszezuk (Polonia)
M. Guerrier (Francia)
S. Kietinun (Tailandia)
K. Meng (Korea)
I.A. Shamov (Rusia)

Nota sobre la edición en Español

La traducción al Español de “Informed Consent” estuvo a cargo de Carlos Valerio, Abogado Salubrista de Costa Rica y Antonio Piga, Médico legista y especialista en Bioética de España, ambos miembros del Consejo de Gobernadores de la Asociación Mundial de Derecho Médico. Dicha traducción se realizó por solicitud del Profesor Amnon Carmi, Presidente de la Cátedra de Bioética de la UNESCO y editor de la versión inglesa.

Se agradece la contribución de María Teresa Alfonso Galán, profesora titular en Bioética y Farmacia de la Universidad de Alcalá, Madrid.

Como en todo proceso de redacción, se intentó respetar el espíritu de la versión original, los términos médicos, legales y técnicos, y su fidelidad, pero a la vez la adecuación a la lengua Española.

Consentimiento Informado es un esfuerzo por promover el conocimiento del Derecho Médico y la Etica Médica en el mundo hispanohablante.

Casos Prácticos de consentimiento informado

Introducción

El continuo aumento del poder de la moderna medicina y el complejo contexto sociológico en el cual se practica, llevan consigo nuevos interrogantes éticos acerca de lo que es justo, lo que es bueno y lo que es correcto en el comportamiento de los médicos, los pacientes y la sociedad.

Los inmensos avances de la tecnología médica, los altos costos de la atención sanitaria, la escasez de recursos, el incremento en las expectativas y demandas públicas y el cambio de valores requieren una profunda consideración acerca del futuro del sistema de salud así como la reconsideración de determinados principios éticos clásicos, o más bien, de su aplicación a nuevas situaciones.

Más allá de consideraciones políticas, es necesario comprender los principios que orientan las decisiones relacionadas con la medicina y que guían la forma mediante la cual se toman estas decisiones. Es nuestra responsabilidad tener claro que existen contradicciones y conflictos entre estos principios.

Los derechos básicos de una persona se establecen sobre la base del reconocimiento de su condición humana, la inviolabilidad de su vida y el hecho de que del ser humano nació libre, y siempre lo será. El respeto por los valores y aspiraciones de las personas es un deber que se vuelve aún más importante si la persona es vulnerable. Debido a que la autonomía y la responsabilidad de cada persona, incluidos aquellos que requieren atención sanitaria, se aceptan como valores importantes, la participación de cada individuo en las decisiones sobre su propio cuerpo y su propia salud deben ser reconocidas universalmente también como un derecho de las personas.

Los problemas éticos que surgen de los requerimientos del consentimiento informado de los pacientes son tan diversos que merecen se dedique el primero de una serie de manuales de educación en ética a este tema, así como familiarizar a los estudiantes de medicina con los casos que demandan decisiones éticas, médicas o quirúrgicas una vez realizado el diagnóstico inicial de un paciente con el fin de que los estudiantes adopten posteriormente una actitud correcta respecto de este tema en el ejercicio de su profesión.

Se tiene previsto que “*Consentimiento Informado*” sea el primero de una serie de manuales complementarios a los textos usuales para la educación en ética. Cada uno de estos manuales tendrá relación con los problemas éticos que afrontan los médicos en todas aquellas esferas médicas por las cuales los expertos consideran necesario editar textos especializados.

Para finalizar, es para mí un placer, así como una obligación, reconocer la profunda gratitud que le debo a muchos colaboradores de la Cátedra UNESCO cuyos nombres y aportaciones se indican al principio de esta monografía. La variedad de países donde realizan sus actividades profesionales y la experiencia que distingue sus contribuciones a este manual han aportado un nivel internacionalmente muy alto y una presencia de ámbito mundial al contenido del mismo.

A. Carmi.

Caso No. 1

Un campesino de 72 años de edad, con tres hijos, ha venido padeciendo de cáncer de colon. Describe su enfermedad como una “*masa en el intestino*”, pero no tiene claro la clase de tratamiento que podría recibir.

Con posterioridad a la operación, el médico asistente en el servicio visitó al paciente como parte de los reconocimientos de rutina y para tratar la herida quirúrgica. El paciente, que esperaba ver una herida cerrada, se asustó cuando vio la abertura de la colonostomía que se le realizó. Por este motivo, el paciente le preguntó al médico acerca del “*orificio en su abdomen*”. El médico, de una forma seria le contestó: “*El extremo del intestino que se operó se suturó a la pared de su abdomen. Usted debe defecar ahora a través de este orificio y dentro de esta bolsa que le voy a colocar.*”

Sorprendido y enojado por la respuesta recibida, el paciente preguntó: “*¿A quién le preguntaron antes de abrir este orificio?*”. El médico respondió que habían informado a su hijo acerca de este procedimiento. Entonces, el paciente dijo en tono irritado: “*¿Quién iba a operarse y quién tiene este orificio en el abdomen?, ¿Soy yo o mi hijo?, ¿Cómo se atreven ustedes a hacer esto sin preguntarme?, ¿les voy a demandar a todos!*”. El médico, que no se encontraba preparado para esta reacción, comenzó a explicarle detenidamente la razón por la cual se realizó la colostomía e hizo referencia a la malignidad de la enfermedad del paciente. Después de dicha explicación, el paciente replicó: “*Si usted me hubiera dicho esto antes, no le hubiera levantado la voz, no soy tan obtuso, habría entendido.*”

Dr. Nermin Ersoy
Profesor Asociado
Turquía

El tratamiento médico se ha convertido en una relación de participación conjunta entre médicos y pacientes. La decisión de ofrecer tratamiento médico sólo puede determinarse en cooperación entre quien ofrece el tratamiento y quien lo recibe, en un ambiente en el que dicha relación se produce en confianza mutua y reciprocidad. El principio está basado en el concepto de la autodeterminación, de forma que cada individuo sea responsable de sus propios actos, de su cuerpo y de cuanto autorice que ocurra con éste. De esta forma, cualquier decisión en relación con la selección del tratamiento debe ser del paciente, actuando el médico como su consejero.

El propósito del consentimiento informado es habilitar al paciente para considerar, de forma equilibrada, los beneficios y las desventajas del tratamiento médico propuesto, con el fin de que el paciente tome una decisión racional al aceptar o rechazar dicho tratamiento. El uso adecuado de este principio previene o disminuye la posibilidad de errores, negligencia, coerción y decepción y, promueve en el médico su autocrítica. Pero su principal propósito es establecer la autonomía del paciente, promover su derecho a la autodeterminación y proteger su condición como un ser humano que se respeta a sí mismo.

Caso No. 2

El señor N, de 46 años de edad, es padre de dos niños. El oncólogo le estuvo manteniendo en observación en relación con su adenoma de próstata por un período de tres años. En dicho período, el tumor se volvió maligno. Por esta razón, el Sr. N. fue admitido en el hospital para que le realizaran una prostatectomía. Antes de esta operación, se informó al paciente acerca del estado de su salud y acerca de esta operación. Se obtuvo el consentimiento informado.

En el curso de la operación se encontró una seminoma. El cirujano decidió hacer una prostatovesiculectomía. Consecuentemente, el señor N. denunció al cirujano debido a que el tratamiento le causó el daño de privarle de la capacidad reproductiva.

Prof. Gallina Ermolaeva
Rusia

¿Se cumplió en este caso con las reglas del consentimiento informado?

1. Sí. El consentimiento informado se cumplió porque no era médicamente razonable que se fuera a hallar un seminoma. Una vez que éste se identificó, la ampliación de la operación fue adecuada.
2. No. Las reglas del consentimiento informado no se cumplieron porque el derecho a la reproducción es un derecho fundamental y el cirujano pudo haber retrasado la segunda operación con el fin de obtener el consentimiento informado del paciente. Esta situación no era una emergencia y el acceso quirúrgico del seminoma es sencillo.

¿Cuál es el significado del “consentimiento informado”?

Con el fin de ser completamente legal, el consentimiento del paciente debe ser informado.

Ser informado implica conocimiento, voluntad, consideración suficiente, intención y comprensión.

La opinión y la capacidad de elección no pueden ser plenos y aceptables hasta tanto no se fundamenten en el conocimiento. Ningún consentimiento será válido si no se basa en un deseo de aceptación.

Un paciente debe ser capaz de comprender el significado de la información, el balance de los pros y los contras, derivar conclusiones de los datos con un pensamiento racional, determinar las circunstancias, valorar los diferentes aspectos de la situación y alcanzar una decisión deliberada con base en la información disponible. Por lo tanto, la información debe ser comunicada al paciente de una forma que sea consistente con su capacidad de entender y en una forma que maximice dicha comprensión.

*

El consentimiento será válido sólo si se ha producido en relación con el tratamiento relevante que se propone.

Un paciente no tiene que recibir más información que la necesaria por la naturaleza y en el ámbito de la decisión que se tiene que considerar.

Caso No. 3

Una joven de 17 años de edad escapó de su hogar con su novio y algún tiempo después la encontraron. El joven fue puesto en custodia por la autoridad. Por su parte la familia de ella se opone totalmente al matrimonio de la joven pareja. La joven considera la posibilidad de que su hermano mayor pudiera asesinar a su novio en el caso de que se descubriese que ella ya no es virgen. El oficial de policía que acompaña al médico que ha sido elegido para la realización de la prueba de embarazo prefiere conversar primero con el médico; en ese momento le informa al doctor que la joven no sabe que su novio ya está casado con otra mujer. El doctor decide conversar con la joven y le informa que por tratarse de una persona menor de 18 años, su familia tiene derecho a solicitar la realización de una prueba de virginidad (examen perineal). Sin embargo, el médico agrega que este tipo de prueba no se puede realizar si no se le solicita a ella su consentimiento, y también señala que no puede firmar un certificado médico si antes no se ha realizado el necesario examen médico.

Dr. Berna Arda
Turquía

¿Debe el médico informar a la joven que su pareja ya estaba casada con anterioridad?

1. No debe decir a la joven que su novio está ya casado porque esta información no es relevante desde el punto de vista médico y dicha revelación pueda afectar el derecho a la intimidad del joven.
2. Debe informar a la joven al respecto, tanto en razón de la sinceridad que debe existir en la relación entre el médico y la joven, como por la deshonestidad del amigo de la joven.

La información debe ser facilitada al paciente

La doctrina del consentimiento informado requiere que el médico revele cualquier información que pueda considerarse importante por permitir al paciente una decisión inteligente basada en el conocimiento de los cuidados médicos y el tratamiento.

Con el propósito de obtener la decisión del paciente en un consentimiento informado, el personal de salud que la asiste debe ofrecer al paciente los datos médicos pertinentes.

Diagnóstico y pronóstico del estado de salud del paciente

Caso No. 4

La señora A.B, de 39 años de edad, es una conocida modista que ha estado felizmente casada durante doce años. Sin embargo, se encuentra triste y profundamente deprimida debido a su incapacidad para concebir. Por este motivo, ha recibido un tratamiento para su infertilidad que ha resultado estresante y muy costoso, y que además ha sido infructuoso debido a la endometriosis que padece, situación que también le ha causado crecientes dolores pélvicos. Posteriormente, aceptó el consejo de su especialista de que dado que no tendría hijos debía someterse a una histerectomía con el fin aliviar el dolor y detener el sangrado causado por la endometriosis y, de esta forma, poder disfrutar de su vida sexual con un mínimo de molestias. Fue remitida a un ginecólogo e ingresó en un hospital para que le realizaran la histerectomía.

El ginecólogo solicitó al cirujano del hospital, un médico interno, que realizara los exámenes pre-operatorios y obtuviese el consentimiento informado para la operación. El médico interno lee el resumen médico de la paciente, llamándole la atención su severa depresión y la falta de una prueba previa de embarazo; además, en el examen realizado, el médico confirma la seria endometriosis de la paciente, pero encuentra su útero alargado. El interno le pregunta al ginecólogo si se había indicado previamente la realización de una prueba de embarazo, y éste responde que no se esperaba ningún embarazo y que dicha prueba no le interesaba a la paciente. El feto podría tener padecimientos graves debido a la enfermedad de la paciente y por su edad y, ya fuese un niño con deficiencias o un aborto podría agravarse más la depresión de la señora A.B. Finalmente, al médico interno se le pidió que solicitara el consentimiento para la histerectomía.

Prof. Bernard Dickens. Canadá

¿Qué información debería ser revelada por parte del médico interno a la señora A.B?

1. No debe ofrecer información adicional debido a la clara indicación del ginecólogo a cargo de ella y teniendo en cuenta que la señora A.B. anteriormente aceptó el consejo de realizarse la histerectomía. Además, ofrecer información adicional podría no estar a favor de los mejores intereses de la señora A.B.
2. Debe informar a la señora A.B. que su útero está alargado y que puede estar embarazada. Debe recomendar la realización de una prueba de embarazo antes de que se realice la histerectomía. Además, no debe respaldar las indicaciones y contraindicaciones dadas por el ginecólogo. Está obligado a suministrar material informativo relevante para el consentimiento informado. Ello es superior a su obligación de actuar conforme a las órdenes del ginecólogo.

*

Debe comunicar a la paciente una descripción de la naturaleza, proceso, propósito y beneficio esperado y detalles del tratamiento propuesto.

*

Debe igualmente incluir la exposición de los riesgos relacionados con el tratamiento propuesto, incluyendo los efectos colaterales, dolor y molestias.

Caso No. 5

La señora C.S., que es maestra y también voz principal en un coro, consultó al otorrinolaringólogo por padecer un bocio multinodular que estaba creciendo de forma importante. Había sido informada acerca de la conveniencia de una operación 5 años atrás, pero desistió cuando su médico le habló de la posibilidad de tener cáncer. Ingresó en el hospital para realizarse una tiroidectomía siendo vista primero por el otorrinolaringólogo y después por un cirujano general.

La intervención realizada, una tiroidectomía parcial, se llevó a cabo por un cirujano general junto con el asistente, que era otorrinolaringólogo.

Inmediatamente, en el postoperatorio, la paciente desarrolló una complicación respiratoria y tuvo que ser reintubada.

Al día siguiente, se tuvo que realizar una traqueotomía. Al sexto día, se retiró la intubación y fue dada de alta al día siguiente. En el seguimiento postoperatorio, el otorrinolaringólogo nota “ *un movimiento lento de ambas cuerdas*”. Un año y tres meses después, la paciente es vista por otro médico debido a que presenta un “*broncoespasmo*”. Dos días después, al quejarse de que tiene una respiración sibilante, el médico consultó a otro otorrinolaringólogo que ofreció su opinión por teléfono acerca de que los citados nervios fueron dañados en la operación. El segundo otorrinolaringólogo atiende a la paciente un mes después y establece que “ *las cuerdas vocales están adheridas en su centro dejando un pequeño espacio para el paso del aire*”. Se recomienda a la paciente una operación para separar las cuerdas; la operación se lleva a cabo, pero no tuvo el éxito esperado.

Prof. E.R. Walrond
J. Ramesh . M.S. Fais
Indias Occidentales

¿Se cumplió con las normas del consentimiento informado en este caso?

1. No. Las reglas del consentimiento informado no se cumplieron porque el médico debió haber informado a la paciente acerca del riesgo material de poder lesionar las cuerdas vocales y ella debió haber podido tomar una decisión conociendo la existencia de este riesgo.

2. Sí. Las reglas del consentimiento informado no se incumplieron. Este fue un caso de emergencia, justificada por la posibilidad del cáncer, por lo que el médico actuó conforme con los mejores intereses de la paciente.

Caso No. 6

La señora CH. B. es una enfermera de 55 años, que se encuentra casada y con un hijo adoptado. Tiene un historial médico de fiebre reumática desde niña, que se complicó con una endocarditis que le determinó una estenosis mitral con insuficiencia aórtica. Por esta razón, fue operada hace 8 años con éxito. Desde la operación, ha recibido una terapia anticoagulante. Hace 3 años que se le diagnosticó un nódulo tiroideo frío. Varios meses después, sufrió algunas complicaciones consistentes en disfagia y accesos de tos seca con un decaimiento progresivo. El médico general la remitió a consulta con un endocrinólogo y un cardiólogo. Los resultados confirmaron que sus molestias se debían a una hipertrofia de la glándula tiroides. Sin embargo, después de una primera consulta en el hospital, la idea inicial de una operación no les pareció correcta a los médicos debido al riesgo de degeneración maligna (5 % de riesgo) y/o a un sangrado importante durante la operación debido al tratamiento anticoagulante. Estos riesgos y preocupaciones fueron compartidos con la paciente, pero la paciente insistió en que se realizase una operación lo más pronto posible.

Prof. Dr. Mariana Ljochkova
Dr. Rumen Stefanov
Bulgaria

¿ Cómo debió actuar el médico con esta paciente?

1. Debió permitir a la paciente asumir los riesgos y proceder a la operación después de obtener un consentimiento informado completo.
2. El médico debió de oponerse a la realización de la operación porque llevarla a cabo podría afectar el tratamiento médico que la paciente ha estado recibiendo.
3. El médico debió referir a la paciente a otro especialista solicitando una segunda opinión.

Caso No. 7

La señora R.B. tiene 25 años, ha tenido 2 embarazos, es ama de casa y está casada. Decidió visitar el servicio prenatal estando en la sexta semana de gestación del segundo embarazo.

Su primer hijo vivo fue un varón que nació con una enfermedad cardíaca congénita. Este niño murió a las 6 semanas de vida. La paciente vive con mucha angustia el nuevo embarazo y decide someterse a todas las pruebas de perfiles predictivos, VDRL y RBS, que dieron resultados normales. El primer trimestre del embarazo transcurrió sin

complicaciones. Se le prescribieron tabletas de ácido fólico de 5 mg cuando realizó la primera visita prenatal. En el segundo semestre, se realizó una ecografía a las 16 semanas de gestación y su resultado fue normal. La paciente tuvo un adecuado y normal control prenatal hasta las 35 semanas, cuando se realizó otra ecografía que puso de manifiesto que el feto presentaba una espina bífida oculta.

Una espina bífida oculta puede o no generar problemas eventuales de control de micción o problemas en las extremidades inferiores.

Hoy es posible, en principio, tratar los problemas de la espina bífida, incluso quirúrgicamente.

Dr. S.C. Ahuja
Dra. Kumkum Avasthi
India

¿Cuál y cuánta información debe ser facilitada a la paciente y a su esposo?

1. A la paciente y su esposo se les debe comunicar toda la información relevante en relación con la espina bífida oculta y sus implicaciones para el bebé.
2. Al esposo se le debe trasladar toda información relevante en relación con la espina bífida oculta y las implicaciones para el bebé. El esposo después decidirá la información que debe ser revelada a su mujer.

Se debe incluir el pronóstico y los peligros en relación con los tratamientos médicos y también los de no recibir ningún tratamiento.

Además se debe incluir el hecho de que el tratamiento puede ser de naturaleza totalmente innovadora

En el contexto de un tratamiento típico, los médicos deben suministrar a los pacientes información detallada y específica. Por otro lado, los médicos deben ponderar un

balance cuidadoso entre inundar a los pacientes con un exceso de información, disminuyendo de hecho su capacidad de adoptar una decisión racional, o, restringir la información facilitada con el fin de simplificar su toma de decisión.

Dudas sobre la validez del consentimiento informado obtenido. Tratar o no tratar, ésta es la cuestión

Caso No. 8

La señora X, de 30 años de edad, ha estado casada 10 años, sin lograr tener ningún hijo en ese tiempo. Tenía un historial médico, que se remontaba a los dos últimos años, de metrorragias, dismenorrea congestiva y dispareunia. La exploración pélvica reveló un crecimiento del útero como de un embarazo de 10 semanas. La ecografía realizada por un joven radiólogo en un Servicio Universitario reveló la existencia de 3 fibroides intramusculares de 2 x 3 centímetros cada uno. El análisis del semen de su esposo fue normal.

A la paciente se le propuso la práctica de una miomectomía después de un tratamiento con antibióticos. Antes de la operación, a la pareja se le advirtió de los riesgos de tener que realizar una histerectomía ya que en algunos casos raros produce una gran hemorragia intraoperatoria. Sin embargo, la pareja rechazó dar el consentimiento para la realización de la histerectomía pues estaban muy esperanzados en lograr un embarazo. En razón de que no se preveían mayores problemas debido al pequeño tamaño eventual de los fibroides, y para no aumentar el estrés de la paciente, no se insistió obtener en el consentimiento informado para la realización de la histerectomía, si llegaba a precisarse.

Al realizar la laparotomía, con anestesia general, se encontró que el útero tenía adenomiomas en vez de fibroides. La paciente no pudo ser informada porque se encontraba bajo los efectos de la anestesia general y no existía ninguna alternativa a la práctica de una histerectomía inmediata lo antes posible.

El médico se puso inmediatamente en contacto con el esposo de la paciente, que esperaba fuera del quirófano, con el fin de explicarle los hallazgos. Recomendó una histerectomía total y solicitó el consentimiento del esposo de la paciente para realizarla, sin despertarla y dialogar con ella.

Dr. Alka Stija
India

¿Debió el médico haber realizado la operación?

1. No, porque el médico debe respetar la autonomía de la paciente y su autodeterminación. El consentimiento del esposo no es válido.
2. Si, porque el esposo tiene capacidad para -en nombre de su mujer- consentir la operación, la cual según los criterios médicos, está claramente indicada.

Caso No. 9

Un hombre de 38 años de edad, dedicado a la construcción, ingresó en el hospital tras 3 semanas de padecer los síntomas de una infección respiratoria. Se diagnosticó que padecía una neumonía severa y, a las 2 horas de su ingreso en el hospital, fue ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios. Se le trató de forma intensa con antibióticos, asistencia respiratoria y otras medidas. Durante las siguientes tres semanas, su condición no mejoró, sino que se complicó con un fracaso orgánico multisistémico sin diagnóstico bacteriológico. Su esposa, al ser informada del pronóstico fatal y estando el paciente inconsciente, preguntó si sería posible obtener semen de él con el fin de poder tener un hijo.

Informó que habían estado casados 14 años y que no habían conseguido tener hijos. Que después de mucha resistencia, él había aceptado unos meses antes ver a un especialista en infertilidad. Que después de que las pruebas iniciales no mostraran solución posible, consintieron en iniciar su primer ciclo de fertilización in-vitro aquel mismo mes, pero que no fue posible continuar con el tratamiento debido a la enfermedad de él.

Su solicitud se debía a estar convencida de que su esposo hubiera deseado mucho tener un hijo, ya que al ser hijo único quería la continuación del apellido de su familia en la próxima generación. La hermana del marido, que acompañaba a la esposa, confirmó estos hechos.

Dr. Robert Orr
Estados Unidos

¿ Debe ser atendida la solicitud de la esposa del paciente?

1. No, porque su esposo no otorgó expresamente su consentimiento informado para la realización de este procedimiento.
2. Si, porque su esposo otorgó previamente un consentimiento implícito para la realización de este procedimiento en razón de su deseo de que se llevara a cabo una fertilización in – vitro.
3. Si, pero sólo atendiendo una orden judicial fundamentada en los mejores intereses del niño por nacer, las claras intenciones de la esposa y sus fines respecto a la maternidad que se persigue.

Caso No. 10

El señor J.B. tiene 52 años de edad. Está casado y tiene dos hijos de 12 y 14 años de edad. Padece hipertensión inestable e insuficiencia pulmonar obstructiva crónica y

sufrió un infarto agudo de miocardio hace nueve semanas. Fue tratado mediante la recanalización de las dos principales arterias coronarias. Desde ese momento, estuvo constantemente medicado con una dosis pequeña de aspirina una vez al día. Hace un mes fue ingresado en un hospital por una trombosis aguda de la arteria femoral izquierda. En el momento del ingreso hospitalario, debido a que el paciente rechazó un tratamiento quirúrgico, únicamente se administró un tratamiento con heparina, estreptoquinasa y agentes vasodilatadores. Ese tratamiento no dio resultado y como consecuencia se produjo una gangrena de la parte distal de la pierna izquierda. Se consultó a un cirujano y recomendó la amputación de dicha extremidad. El paciente rechazó el tratamiento propuesto a pesar de las advertencias de un posible desenlace fatal si se atendía a sus deseos. Su esposa solicita a los médicos la realización de dicha operación a pesar de la negativa por parte del paciente a dar su consentimiento.

Prof. Krystina Orzechowska Juzwenko
Polonia

¿ Cómo debe responder el cirujano?

1. El cirujano ha de informar a la esposa de que el paciente es competente y tiene el derecho de rechazar el tratamiento, incluso a pesar de que el resultado sea la muerte.
2. El cirujano debe explicar a la esposa que, como la decisión de su esposo de rechazar el tratamiento producirá su muerte, persistir en esa decisión demuestra la incompetencia de su esposo. En consecuencia, el cirujano procedería a la amputación, a pesar de la oposición del paciente.
3. El cirujano informa a la esposa de que procederá a realizar la amputación, a pesar del rechazo del paciente, pues se hace para satisfacer los mejores intereses del paciente.
4. El cirujano solicitará una decisión judicial que eventualmente se oponga a la decisión del paciente.

Caso No. 11

La señora E.D. tiene 69 años, ha sido administradora de un banco y está actualmente retirada. Ha estado padeciendo una diabetes muy mal controlada durante los últimos 18 años. En este tiempo, los últimos 6 meses ha estado en hemodiálisis dos veces por semana por padecer una enfermedad renal en estado terminal. Hace tres días que fue hospitalizada por haberse producido una infección de una herida tórpida en el muñón de su pierna izquierda. Dos días después se le produce una gangrena. En una reunión de un médico especialista en diabetes, un especialista en enfermedades infecciosas y un cirujano, con la familia, se decidió la amputación, pero se acordó que dicha decisión no se le comunicaría a la paciente. Sólo se le informaría de que la herida “se iba a limpiar quirúrgicamente”. Hace un año, cuando el pie que le falta iba a ser amputado, la señora E.D. rechazó dar su consentimiento para ello. Esa amputación se realizó sin su consentimiento y después del enojo inicial al enterarse, comprendió la necesidad de dicho operación y no culpó más a nadie. En este caso, su hijo anticipa la misma reacción y considera que informar a su madre sólo le agregará más estrés. Su esposo y sus otros hijos están de acuerdo con el plan.

Angeles Tan Alora
Filipinas

¿ Debe el cirujano seguir la solicitud del hijo y operar a la señora E.D. sin su consentimiento?

1. El cirujano no debe operar sin su consentimiento porque el consentimiento informado es un derecho fundamental del paciente y un deber ético del médico.
2. El cirujano debe operar sin el consentimiento porque al consultar a la paciente se puede generar una respuesta negativa por depresión aguda reactiva, y el resultado de ello puede significar la muerte. Además, existe el antecedente de que aceptó a posteriori la decisión de la anterior amputación después de haberse realizado y sus resultados, lo que puede ser interpretado como un consentimiento implícito aunque retardado.

Caso No. 12

Usted está actuando como médico forense en funciones. De pronto, la policía le trae un hombre sospechoso de ser un violador; no existe en absoluto ningún testigo ni ninguna prueba que confirmen que él es culpable, pero la policía le informa que ha encontrado algunas evidencias en el cuerpo de la víctima que pueden conducir a la identificación del culpable.

Antes de recibir la consulta médica, el sospechoso bebe un vaso con agua y fuma unos cigarrillos fuera del despacho del médico.

Usted le informa al sospechoso acerca de su misión: tomar unas muestras de células de la boca y sangre, sin dolor y, realizar una prueba de identificación genética para ser comparada con las pruebas encontradas en el cuerpo de la víctima.

El sospechoso rechaza la realización de estas pruebas y se dirige a la sala de la policía.

Unos minutos después se retira. Sin embargo, la policía regresa y le entrega el vaso y los cigarrillos, con la pretensión de que usted realice las pruebas genéticas en los restos biológicos que quedaron en dichos objetos.

Thierry W. Faict
Yves Dousset
Roger Letonturier
Stephanie Neel
Francia

¿Realizaría usted las pruebas genéticas?

1. Si. Estas pruebas forman parte integral de su trabajo en funciones de autoridad pública.

2. Sí. Estoy contratado por el Estado, el sospechoso no es mi paciente y no tengo ningún compromiso con él.
3. No. Tan pronto como atendió al sospechoso informándole sobre las pruebas, estableció una relación de confianza profesional entre ambos y usted debe respetar la negativa de él a la realización de las pruebas de identificación.

Privilegio terapéutico

La información a los pacientes puede limitarse en casos excepcionales, sólo cuando exista una buena razón para considerar que proporcionar parte de esa información pueda perjudicar la vida de los pacientes y, de forma dramática, afectar a su salud física o mental.

Caso No. 13

El señor S.R. tiene 28 años y ha sido alumno graduado de una prestigiosa universidad católica, cuyos estudios abandonó para trabajar a tiempo completo a favor de los pobres. Se ocupó de trasladar sacos pesados de arroz, por algún tiempo, como parte de sus nuevas tareas. De pronto comenzó a sentir dolores, de moderados a severos, en la parte baja de la espalda que no se aliviaban con descanso ni con medicamentos. Consultó a un cirujano ortopédico que al investigar el caso descubrió un disco intervertebral protuberante, por lo que recomendó una corrección quirúrgica, pero a la vez informó al paciente que la operación implicaba un riesgo consistente en una discapacidad permanente. El señor S.R. insatisfecho y aprensivo, decidió no realizarse la operación y se sometió a un tratamiento quiropráctico del que no obtuvo ningún beneficio. El señor S.R. consultó a un segundo cirujano ortopédico que le informa que bajo las manos habilidosas de un cirujano competente, el riesgo de la operación será mínimo. El segundo cirujano le pidió al señor S.R. que le planteara todas las preguntas, pero el señor S.R. no preguntó nada acerca del riesgo permanente de discapacidad. En razón de que el señor S.R. era obviamente un paciente ansioso, el segundo cirujano eludió dar información sobre esta posibilidad; el paciente no preguntó detalles descriptivos de los riesgos más frecuentes.

Dr. Francisco A. Woo
Filipinas

¿Actuó el segundo cirujano de forma correcta?

1. No, porque el cirujano se encuentra obligado a revelar los riesgos principales.
2. Sí, porque el cirujano tiene que, bajo su discreción, considerar el estado mental del paciente y, de acuerdo con éste, decidir cuánta información le proporciona.
3. Sí, porque el paciente no preguntó ningún detalle acerca de la naturaleza de los riesgos que se pueden producir debido a la operación.

Uno de los problemas sociales, morales y médicos más complejos es el tema de la forma adecuada de tratar a un paciente con una enfermedad grave o incurable. El derecho de un paciente a saber y a estar informado de la gravedad de su enfermedad necesita estar compensado con el derecho a no ser informado, en el caso de que el conocer le pueda causar un estado traumático de sensación de inutilidad y desánimo, cuando además se necesita una conducta activa del paciente para resolver problemas.

El derecho a no saber

Los pacientes tienen el derecho a no ser informados cuando así lo soliciten de forma expresa. El derecho a no conocer es una forma de evitar recibir información no deseada sobre supuestos de posibles complicaciones, o al menos de su transmisión directa al paciente.

Caso No. 14

El señor D.A. es un vendedor de 55 años de edad, con 3 hijos. Ha sido un gran fumador durante los últimos 30 años. Padece de tos crónica productiva, con moderada disnea de ejercicio, lo que condujo a la realización de unas pruebas que dieron como resultado la existencia de una fibrosis pulmonar enfisematosa hace 5 años. No padece ninguna otra dolencia conocida y no toma ningún medicamento regularmente. Durante el último mes, ha estado sufriendo de hemoptisis. Después de sufrir una agravación de su estado, informó de esto a su familia que le persuadió de que también informara a su médico de familia, que le conoce bien.

Después de reunirse con su médico, el paciente aceptó acudir a un neumólogo para realizar algunos exámenes, incluyendo una radiografía de tórax, pero solicitó que no se le informara si le diagnosticaban una enfermedad grave, tal como un cáncer de pulmón. Justificó su decisión en razón de su deseo de no recibir malas noticias y porque no estaría dispuesto a discutir ningún tipo de tratamiento agresivo tal como cirugía, radiación o quimioterapia. Su médico le explicó la variedad de diagnósticos de los diferentes tipos de cáncer y la importancia de que el paciente los conozca, de modo que pueda decidir de forma racional e informada acerca del tratamiento recomendado, pero el señor A. persistió en su solicitud de que no le dieran malas noticias.

Dr. Rami Rudnick
Israel

¿Cómo debe proceder el médico de familia?

1. Debe informar al señor D.A. de que, con base en su rechazo a recibir malas noticias, el médico debe abstenerse de remitir al señor D.A. a un neumólogo porque sería totalmente inútil.
2. Debe informar al señor D.A. de que será derivado a un neumólogo, que respetará el derecho del señor D.A. a rechazar oír malas noticias.

3. Debe informar al señor D.A. de que será derivado a un neumólogo, en el bien entendido de que, cuando los resultados estén disponibles, el señor D.A. considerará la posibilidad de escuchar o no las malas noticias.
4. Debe desistir de referir al señor D.A. al neumólogo si existe posibilidad de mayores complicaciones a consecuencia de procedimientos diagnósticos invasivos.

El derecho a no conocer es importante, por ejemplo, cuando las pruebas generen conocimiento acerca de predisposiciones genéticas, riesgos genéticos y detección temprana de enfermedades latentes que podrían manifestarse a veces muchos años después de diagnosticadas (como la enfermedad de Huntington). Por otro lado, el derecho a no conocer no es aplicable cuando a una persona se le debe dar información que le permita proteger a otras personas por medio de un comportamiento correcto, por ejemplo el resultado positivo de una enfermedad de transmisión sexual no debe ocultarse al paciente. El posible resultado del análisis y las consecuencias de éste debe advertirse antes de la realización de las pruebas.

El derecho a rechazar el tratamiento

Caso No. 15

Un hombre de 57 años de edad, afectado por cáncer de garganta con metástasis diseminadas, es hospitalizado cuando se encuentra en el último estadio de evolución de su enfermedad. El personal médico se da cuenta de la gravedad de su estado y de que su lucidez se ve afectada de vez en cuando. El equipo médico piensa que el paciente debe ser intubado con el fin de apoyar sus funciones vitales y para que respire mejor.

En la mañana, los médicos le preguntan al paciente acerca de si aceptaría la intubación y está de acuerdo. Pero durante la tarde, cuando el paciente se encuentra consciente, se siente inseguro respecto de su decisión anterior y rechaza la intubación. Al día siguiente, se presenta una situación idéntica.

Dr. Francesco Masedu
Prof. Ferdinando di Orio
Italia

Intubar o no intubar, esta es la cuestión

1. Se debe realizar la intubación, con base en el principio de beneficencia, explicándolo de una forma clara pese a la oposición manifestada por el paciente.
2. No se debe realizar la intubación por cuanto la más reciente manifestación de voluntad del paciente es el rechazo a ésta.
3. Se debe intubar por la mañana

4. No intubar ahora, ni intubar en caso de dificultad obstructiva respiratoria que amenace la vida. (la persona moriría en este caso)
5. No hay que intubar ahora, pero hay que intubar en caso de emergencia si sobreviene una dificultad respiratoria severa que amenace las funciones vitales del paciente.

El paciente no se encuentra ante la obligación de luchar por la salud o de recibir cualquier clase de tratamiento. Tiene el derecho de rechazar o detener el tratamiento médico. Además, es libre de decidir ser tratado o no ser tratado integralmente, o de optar por recibir sólo un tratamiento parcial, por ejemplo paliativo.

Caso No. 16

Un hombre casado de 69 años de edad, con dos hijos adolescentes, y muy activo. Su historial médico incluye un transplante renal y dos infartos de miocardio.

Ha discutido con su esposa acerca de la posibilidad de poder sufrir otro ataque al corazón; le dijo que, cuando se aproxime su muerte, no le gustaría sufrir un período largo de reanimación y que no estaría de acuerdo con que se le sometiese a una terapia que le prolongase su expectativa de vida en esas circunstancias. Más tarde sufre un ataque cardíaco y se le aplicó una resucitación durante dos horas, pasando después a permanecer en estado vegetativo persistente. Después de 8 semanas de permanencia en reanimación, no se presentó ningún cambio en el estado de salud del paciente. Además, dependía completamente de la atención de enfermería, traqueotomizado y con alimentación por medio de una sonda gástrico/duodenal; su esposa se encargó de atender sus asuntos personales y legales. Más tarde el paciente fue remitido a un Hogar de Ancianos. Durante las siguientes semanas, se presentó un desplazamiento recurrente de la sonda duodenal produciendo hematemesis, lo cual generó la realización de una gastroscopia y una recolocación de la sonda en su sitio.

Cinco días después, se presentó una nueva hematemesis. El médico general llamó a una ambulancia con el fin de trasladar de nuevo el paciente al hospital. Después de su ingreso en el hospital la esposa del paciente rechazó la realización de otra gastroscopia, indicándole al médico que su esposo prefería morir. Solicitó una reducción de los medicamentos y la finalización de la alimentación y del suministro de líquidos.

Dr. Birgit van Oorschot
Alemania

¿Qué debe hacer el médico?

1. Debe rechazar la suspensión de la alimentación y de líquidos pues éstos son indispensables para la vida.
2. Debe respetar la solicitud de la esposa, que representa a su esposo en la toma de las decisiones que a él conciernen.
3. Debe respetar la solicitud de la esposa porque se encuentra fundamentada en las instrucciones personales de su esposo, que le comunicó previamente.

4. No debe respetar la solicitud de la esposa, con base en que la solicitud de su esposo no se encuentra documentada.
5. No debe realizar la gastroscopía y debe detener la alimentación por medio de la sonda duodenal con base en que ambas medidas parecen ser desproporcionadas e inútiles. Sin embargo, debe continuar con la medicación cardiaca y los líquidos con base en que sabe que la muerte ocurrirá sin tardanza.

A pesar de esto, se puede estar bajo la obligación de proporcionar el tratamiento necesario de acuerdo con la legislación vigente en la materia.

Pacientes incompetentes

Una persona es competente si tiene la habilidad de comprender la naturaleza de la enfermedad para la cual se le recomienda un tratamiento, y tiene la capacidad de comprender las consecuencias de aceptarlo o rechazarlo. Una persona que es incompetente es aquella cuya deficiencia e incapacidad mental le priva de la habilidad de controlar sus propios intereses.

Existen varios criterios para evaluar y determinar que una persona padece de una incapacidad mental, como por ejemplo determinar la aptitud para comprender la información que se le ha ofrecido, valorar la naturaleza de su estado, establecer los hechos relevantes y poder decidir, para emplear la información comprendida para tomar decisiones realistas, razonables y apropiadas, para comprender la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento propuesto, y para valorar las consecuencias de dar o no su consentimiento.

La capacidad puede comprender varios niveles y las habilidades en el curso del proceso de toma de decisiones de una persona pueden variar en el tiempo en diversas circunstancias.

Caso No. 17

Una mujer de 28 años de edad asiste un programa diario de terapia ocupacional en un hospital psiquiátrico local. Padece de un retardo mental leve (IQ 65) y el mes anterior fue diagnosticada de sida. De acuerdo con su psiquiatra, tuvo capacidad para dar su consentimiento informado para la realización de la prueba del VIH después de una entrevista. Reconoció que había sido muy promiscua y a pesar de recibir educación psicológica sobre su enfermedad, disponer de preservativos y comprometerse a practicar sexo seguro, no pudo actuar en consecuencia. En el programa diario en el que participa es posible que se la observe de cerca adecuadamente, pero, según manifiesta su madre, su comportamiento promiscuo la coloca en una condición peligrosa para ella y para otros miembros de la comunidad. También han fracasado los esfuerzos para regular su comportamiento sexual por medio de un inhibidor de la serotonina. Además, es procaz cuando conversa, se desplaza por su cuenta en tren, tiene muchos amigos y vive con su madre y hermanos en la comunidad. Finalmente, la madre contacta al terapeuta para preguntar si su hija debería ser internada por el bien suyo y el de otros.

Prof. W.P. Pienaar
Holanda

¿Qué debe hacer el psiquiatra?

1. Debe iniciar acciones para la hospitalización involuntaria de la mujer debido al potencial peligro que supone para ella y para los demás.
2. Debe informar a la madre de que no puede institucionalizar a la mujer porque no tiene una enfermedad mental, pero que notificará el caso a las autoridades que correspondan, que puedan tomar medidas, lo que incluye la imposición de una cuarentena con base en una declaración escrita que señale que representa un peligro potencial para la salud pública.
3. Debe informar a la madre de que no tomará ninguna acción, pero que la mujer debe continuar asistiendo al programa diario, de educación intensiva, para que comprenda su enfermedad y se comprometa con la práctica de sexo seguro.

Los profesionales de la salud deben respetar las opiniones de los pacientes con discapacidad mental. El respeto de una paciente cuya capacidad de actuar de forma autónoma se encuentra afectada, implica que el derecho del paciente a la autodeterminación debe respetarse hasta tanto no se presuma que se vaya hacer daño a sí misma o a otra persona. La consideración de atender los deseos del paciente es fundamental incluso en relación con decisiones que por períodos cortos o largos deben ser asumidos por otra persona distinta del paciente en su nombre.

Cualquier caso de juicio alterado y de pensamiento anormal no anula la capacidad jurídica de una persona. De ahí que los pacientes que sufren de demencia no deban ser automáticamente considerados como personas que han perdido su capacidad para consentir, ya que ésta se limita de forma gradual y progresiva con el avance de la enfermedad. Hay que atender a los pacientes de la forma más dialogada posible conforme con su plan de tratamiento, incluso cuando se requiera el consentimiento de sus representantes legales.

Un paciente puede tener capacidad de consentir o rechazar un tratamiento, pero puede ser incompetente para aceptar o rechazar otro.

Rechazo al tratamiento

A una persona que padece una enfermedad mental, como ser humano y como paciente, no se le niega su derecho de rechazar un tratamiento sólo por padecer ese tipo de patología. Cada caso debe ser examinado a la luz de sus circunstancias, y la capacidad de decisión de cada paciente debe ser evaluada a la luz de su enfermedad y de su condición física y mental en un momento determinado.

Casó No. 18

Un ingeniero de 46 años de edad con un brote agudo de esquizofrenia paranoide llama a los servicios de emergencia del Hospital Psiquiátrico local, solicitando amablemente

la admisión al pabellón cerrado. Expone delirios alucinatorios de persecución (por ejemplo haber sido atacado por un rayo cósmico enviado desde satélites manejados por criaturas extraterrestres que lo colocan en una posición de “parálisis mental y física”, y alucinaciones (por ejemplo haber escuchado las voces de advertencia de estas criaturas y sentir la dolorosa penetración de los rayos en su cuerpo). Después de su ingreso, el paciente rechaza la propuesta del tratamiento psicofarmacológico al sentirse seguro y confortable en dicho pabellón, detrás de ventanas que no permiten la visión y sin picaporte, por cuanto cree que quienes le persiguen no podrán encontrarlo ahí.

Prof. Krystina Orzechowska Juzwenko
Polonia

¿Cuál es la solución correcta para el conflicto entre el médico (que quiera dar tratamiento al paciente) y el paciente (que rechaza la terapia propuesta) ?

1. Darle al paciente la información completa en relación con su condición, posibles métodos de tratamiento (incluyendo terapia psicológica, social y farmacológica) y las consecuencias de rechazar el tratamiento, así como pacientemente intentar convencerlo de aceptar dicho tratamiento.
2. Iniciar los procedimientos necesarios con el fin buscar una autoridad que determine que el paciente sea tratado en contra de su voluntad o sin contar con ella.
3. Tratar al paciente de forma inmediata con la intención de lograr mitigar la psicosis que sufre.

Existe necesidad de una protección especial a los pacientes con trastornos mentales, que son más vulnerables y que están más expuestos a que se violen o ignoren sus derechos con más facilidad que a otro tipo de pacientes. La decisión que responde mejor a los intereses del paciente no es necesariamente la decisión de aceptar el tratamiento.

Un tutor se encuentra autorizado para otorgar el consentimiento para esta clase de tratamientos médicos cuando sea necesario. Cada tutor se encuentra obligado a actuar de forma que responda a los mejores intereses de su representado.

Caso No 19

La señorita A.P. era una persona de 40 años de edad que vivía en una residencia asistida debido a que padecía retraso mental. Había contado con suficiente autonomía como para realizar actividades mecánicas en una fábrica. Un juez la había declarado incapaz hacía 20 años y determinó que un tío suyo fuera su tutor. Además, ella tenía un amigo varón en la citada residencia. Como resultado de un nuevo tratamiento para la epilepsia, sufrió una necrosis intestinal que requirió cirugía de emergencia y una colostomía. Durante el período postoperatorio desarrolló diferentes complicaciones, empezando con neumonía que fue tratada con antibióticos intravenosos. Repentinamente, se volvió una persona negativa, no quería comer y le pidió a los médicos y enfermeras que le permitieran morir para ir “a reunirse con su madre”. El psiquiatra prescribió tratamiento antidepresivo y se le suministraba alimentación por medio de una sonda gástrica, que ella se arrancaba varias veces a la semana. Además tuvo peleas con las enfermeras por lo que la amarraron a la cama con el fin de volver a colocar la sonda.

Tres meses después de su admisión al hospital una nueva infección purulenta apareció en sus caderas, lo que requirió una nueva operación. Se volvió agresiva con los médicos y las enfermeras, lloraba constantemente y les rogaba que la dejaran morir. Su tutor, un hombre viejo con prejuicios e incapaz de tomar cualquier decisión, firmó la autorización para la operación.

Prof. Juan Vinas
España

¿Deben los médicos proceder con la nueva operación?

1. Sí. Cuentan con el consentimiento informado por parte del tutor legal.
2. No. El tutor está limitado mentalmente y es incapaz de tomar cualquier decisión. Deben solicitar a la Corte que designe otro tutor.

El tutor se requiere para que tome la misma decisión que la paciente hubiera tomado en caso de haber tenido capacidad para hacerlo por ella misma. Las pruebas de actuaciones y de decisiones anteriores pueden guiar, en esta labor, al tutor. Si estas pruebas no existen, el tutor debe actuar conforme con los mejores intereses del paciente.

Tratamiento para menores de edad

Cada ser humano tiene derechos y obligaciones desde la cuna hasta la tumba. Sin embargo, ya que el menor de edad no tiene competencia legal, en relación y proporción a su minoría de edad, debilidad física e inexperiencia, los tutores deben proteger sus intereses. Dado que los padres son los representantes de sus hijos mientras son menores de edad, se requiere el consentimiento informado de los padres antes de tratar médicamente a los niños.

Caso No. 20

R.I. es un bebé de 10 meses de edad, a quien se le ha tratado en la unidad de cuidados intensivos debido a una asfixia neonatal grave y una subsecuente encefalopatía hipóxica. Su madre es una mujer de 32 años de edad (su padre tiene 35), que lo tuvo después de una gestación completa que transcurrió sin incidencias. La comadrona constató una bradicardia persistente del bebé 2 horas antes del parto, por lo que se realizó una cesárea de emergencia. El bebé pesó 2840 gramos y presentaba hipoxia severa. Los primeros exámenes físicos denotaban apnea, hipotonía muscular, cianosis general, pupilas midriáticas sin reflejo a la luz y ausencia de respuesta a los estímulos dolorosos, lo que sugería que el niño padecía un daño cerebral severo. El bebé fue sometido inicialmente a hipotermia cerebral, pero la CT, 24 horas después, puso de manifiesto un edema masivo del cerebro.

El siguiente CT, un mes después, reveló una atrofia cerebral severa. A pesar de que a continuación no se indicó un cuidado intensivo, los padres insistieron al neonatólogo

para que continuara con el tratamiento. El neonatólogo le solicitó al residente que diera cuidados intensivos como antes. Así, el bebé ha sido tratado con leche por intubación nasal, administración intravenosa de catecolamina, diuréticos y respiración artificial intermitente hasta el día de hoy.

Recientemente, los padres han llegado a aceptar los daños irreparables del bebé. De todos modos, tienen dudas acerca de si deberían solicitar el cese del tratamiento.

Prof. Yoshihiro Takeuchi
Japón

¿Debe el neonatólogo ofrecer consejo médico?

1. No. Debe continuar con el tratamiento hasta que los padres hayan considerado cuidadosamente la situación y lleguen a una decisión propia en relación con la forma de proceder en este asunto.
2. Sí. Debe ofrecer consejo que le permita a los padres realizar una decisión informada en relación con continuar o no el tratamiento médico al bebé.

Un niño que es capaz de formarse su propio punto de vista debe tener el derecho de expresar su opinión de forma libre y ésta será considerada de acuerdo con la edad y la madurez del niño.

Un asunto sobre el que no hay consenso es el relativo a la edad a la que un menor posee un nivel suficientemente alto de capacidad para justificar que pueda asumir su propia autoridad y sus derechos.

Rechazo del menor de edad a recibir tratamiento

El rechazo de un menor de edad a recibir un tratamiento susceptible de salvar su vida representa un dilema, para sus padres en particular y para toda la sociedad en general. Por un lado, la sociedad tiene interés en proteger la sacralidad de la vida preservando en particular, por su indefensión, la de los menores de edad, pero también reconoce la sociedad el derecho del menor de edad a un cierto grado de autonomía, especialmente si tiene un grado de madurez suficiente para tomar decisiones que le conciernen a él y su futuro. Las autoridades que dictan políticas públicas deben valorar la capacidad del menor de edad para tomar decisiones en este tipo de casos. ¿Es la decisión el resultado de su libre voluntad?, ¿Comprende las implicaciones del tratamiento propuesto?, ¿Es capaz de estimar las consecuencias de una ausencia de tratamiento?, ¿Comprende el significado de la muerte?. Para finalizar, la última pregunta, ¿Cuáles son las razones

para rechazar el tratamiento propuesto?. No obstante, no es necesario obtener el consentimiento de un menor de edad para recibir tratamiento médico en los casos en los que se trata de niños muy pequeños que no son capaces de comprender su situación.

Rechazo de los padres para el tratamiento necesario

Caso No. 21

J.B. , una niña de 5 años de edad, es llevada al hospital por sus padres con síntomas de fiebre y debilidad. Después de ser atendida, se sospecha de una leucemia linfocítica aguda pero se precisa una biopsia de huesos para confirmar el diagnóstico. A los padres se les informa de que es necesario realizar una punción esternal para estudiar su médula ósea y de que es preciso que den su consentimiento. Cuando se confirma el diagnóstico de leucemia, se les explica el tratamiento estándar de quimioterapia así como el pronóstico de prolongación de la vida por unos pocos años. Al darse cuenta de los costos de este tratamiento y de que el “éxito” de éste no está garantizado, los padres se muestran muy consternados y estiman que no vale la pena continuar con el tratamiento.

Umi Modan
Indonesia

¿Debe el médico respetar la decisión de los padres?

1. Si. Los padres son los representantes legales de sus hijos y están legitimados para tomar todas las decisiones acerca de los cuidados de salud que se necesiten.
2. No. El equipo médico debe solicitar la decisión de un tribunal porque se encuentran preocupados por la decisión de los padres, que consideran errónea en relación con los mejores intereses del niño.

El rechazo de los padres a un tratamiento necesario puede constituir un abuso del menor y no debe ser vinculante.

Caso No. 22

T.K. es un niño de 12 años de edad que sufrió un terrible accidente de tráfico que le lesionó los dos miembros inferiores produciéndole una hemorragia grave. Iba a la escuela cuando ocurrió el accidente. Fue llevado inmediatamente al hospital donde fue estudiado por un traumatólogo. Los análisis demostraron una anemia severa debido a la gran pérdida de sangre y al grave magullamiento de los tejidos. Su hemoglobina era de 5.6 mg %, El cirujano recomendó una inmediata transfusión de sangre con el fin de salvar la vida de T.K. cuyos padres, testigos de Jehová, llegaron al hospital justo antes

de la transfusión. Los padres dieron su consentimiento para el tratamiento médico, con la excepción de la transfusión de sangre. Cuando se lleva al quirófano a T.K. , el anestesiólogo sugiere que realicen la transfusión de sangre en secreto sin que lo sepan los padres.

Prof. Mengeshe A. Teshome
Etiopía

¿ Cómo debe responder el médico?

1. El cirujano no debe aceptar esa sugerencia. Debe informar a los padres de que buscará obtener una orden del juez para dejar sin efecto la oposición a la transfusión y proceder a la misma porque salvará la vida de T.K.
2. El cirujano debe aceptar la sugerencia de transfundir en secreto con el fin de salvar la vida y proteger a T.K., y a sus padres de la condena de su religión.
3. El cirujano no debe aceptar la sugerencia. Debe discutir con los padres sus razones en relación con la necesidad médica de la transfusión, y desistir de transfundir a T.K. en caso de que los padres persistan en su oposición.

Caso No. 23

Una madre de una zona rural da a luz a gemelos siameses, ligeramente bajos de peso. Sus cabezas están separadas, y cada uno de ellos tiene dos manos. Se encuentran unidos de la parte baja de las costillas, y comparten varios órganos así como sus extremidades inferiores, con una tercera y rudimentaria pierna que sale de la parte posterior. Los médicos saben que debe realizarse una operación para dar una oportunidad de sobrevivir a los bebés, pero el procedimiento es muy complicado. Además, los médicos no pueden determinar hasta qué punto se comparten órganos vitales. Saben que si se realiza la operación, sólo uno de los gemelos sobrevivirá, y además va a ser un procedimiento muy costoso. Los gemelos deben permanecer en una sala especial hasta que se encuentran listos para la operación, y no podrán sobrevivir fuera del hospital. Por su parte los padres tienen la certeza de que alguien ha embrujado a los gemelos, por lo que no les interesa si los gemelos van a sobrevivir y simplemente quieren irse a casa.

Dr. J. Mfutso Bengo
Rachel Mlotha
Malawi

¿Cómo deben responder los médicos?

1. Deben indicar a los padres que se lleven a casa a los gemelos.
2. Deben operar a los gemelos sin el consentimiento de los padres.
3. Deben buscar una orden judicial para autorizar la operación sin el consentimiento de los padres.

Consentimiento informado en eutanasia

La palabra eutanasia proviene de las palabras griegas *eu* que quiere decir bueno y *tanatos* que significa muerte. La palabra indica por lo tanto la voluntad de dar “buena muerte” a una persona que sufre de una enfermedad incurable con el fin de intentar prevenir el sufrimiento.

Eutanasia activa y pasiva se pueden distinguir como la diferencia que existe entre acción y omisión. La eutanasia activa se define como la adopción de la acción positiva para dar fin a la vida del paciente que sufre una enfermedad terminal. Eutanasia pasiva es la omisión de una acción necesaria para prolongar la vida del paciente incurable.

Los pacientes competentes y con enfermedades terminales tienen el derecho a rechazar los tratamientos necesarios para la prolongación de su vida. El rechazo de medidas de soporte vital por parte de un paciente implica el respeto al derecho del paciente a la privacidad, la integridad física y la autonomía en la decisión en relación con su muerte, y su presentación temporal.

Sin embargo, a pesar de que la eutanasia se basa en el derecho del paciente a morir, también incluye el deber correlativo de otros a matar, por cuanto implica que otra persona, activa o pasivamente, inducirá la muerte.

Según el Juramento Hipocrático, todos los médicos se comprometen a “ *no causar la muerte a quien lo solicite, ni tampoco sugerir este tipo de consejo*”.

La mayor dificultad en reconocer este derecho a renunciar al tratamiento, en el caso de un paciente terminal, es decidir quién puede tomar esa decisión en el caso de pacientes mentalmente incompetentes.

También existe el problema de decidir qué tipo de asistencia médica es éticamente aceptable o no y bajo qué condiciones.

Caso No. 24

Una mujer, de 63 años de edad, con hipertensión ingresó en una unidad de cuidados intensivos tras haber perdido la conciencia en su casa después de haber manifestado un fuerte dolor de cabeza y haber tenido vómitos. La escala Glasgow dio un valor de 3 y se le aplicó respiración artificial. Se confirmó el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aguda.

Se realizó una consulta con un neurocirujano que recomendó respiración artificial durante 48 horas y después una evaluación del estado neurológico. Al quinto día tras el ingreso en el hospital la paciente abrió espontáneamente los ojos. Se realizó una angiografía cerebral. Se diagnosticó un aneurisma arterial comunicante anterior por lo que se programó una intervención 4 días después.

El día anterior a la operación, la paciente presentó fiebre y se mostró más obnubilada. Se sospechó una hemorragia posterior y se pospuso la operación. Además, se realizó una traqueotomía y una gastroscopía.

El aneurisma fue eliminado sin dificultad el día 13 después del ingreso en el hospital. Se informó a los familiares por parte del cirujano de la posibilidad de una lenta y prolongada recuperación neurológica con un déficit neurológico irreversible.

El período postoperatorio se complicó por una diabetes insípida intercurrente. Apareció una infección del orificio de la gastrostomía, así como una hemorragia y una hidrocefalia que se precisó por tomografía transversa. Se produjo una oliguria y se presentó una hipoproteïnemia, con edema generalizado, anemia (requiriendo transfusión) y fiebre persistente.

En el día 65 después del ingreso en el hospital no se observó ninguna tendencia a la mejoría. Precisa ventilación artificial y la fiebre persiste aunque ha habido alguna mejoría en la función renal. Su esposo, que la visita de forma regular, explica que a su esposa no le hubiera gustado recibir más tratamiento médico en estas circunstancias y solicita la suspensión de las medidas de soporte vital.

Prof. E. R. Walrond
J. Ramesh Ms. Fais
Indias Occidentales

¿Debe continuarse el tratamiento?

1. No, porque el esposo, que actúa como representante de su esposa, ha autorizado que se retiren las medidas de soporte vital.
2. Si, porque la paciente nunca expresó sus deseos respecto a la interrupción de la asistencia en este tipo de situaciones.

Caso No. 25

Un hombre de 34 años de edad es hospitalizado para ser atendido en la última fase de un proceso de tumor testicular con múltiples metástasis (seminoma). Se pretende realizar un tratamiento paliativo. Fue sometido en los meses anteriores a muchos tratamientos que fracasaron (castración, resección de ganglios, quimioterapia). En el momento de su ingreso, su estado clínico es precario. Presenta un estado de deterioro severo debido a la generalización de las metástasis.

Su esposa (que se sometió a inseminación artificial antes de la quimioterapia) y sus padres se encuentran con él y lo atienden.

Además del tratamiento farmacológico y del apoyo psicológico, se inicia un protocolo de morfina en altas dosis que parecen insuficientes para aliviar el dolor; pese a todo, el tratamiento parece el suficiente para disminuir la conciencia del paciente.

La enfermera informa al médico responsable del deseo firme del paciente y de su familia de poner fin al sufrimiento por medio de un aumento de la dosis de morfina. Pero esa dosis está muy próxima a la dosis letal. Su médico ve a su paciente y se reúne para dialogar con los familiares.

Thierry W. Faict,
Yves Dousset
Roger Letontuier
Stephanie Neel
Francia

¿Qué debe hacer el médico?

1. Explica que no puede incrementar la dosis de morfina porque ello mataría al paciente.
2. Explica que incrementará lentamente la dosis de morfina con el fin de aliviar el dolor del paciente, aún cuando pueda producir su muerte.
3. Explica que esperará hasta que el paciente recobre de nuevo la conciencia. Después obtendrá su consentimiento informado acerca del incremento que el paciente precisa y su familia solicita y luego administraría una dosis que podría ser mortal.
4. Explica que puede reducir la dosis suavemente para mejorar la conciencia y la capacidad de comunicación del paciente y entonces solicitarle el consentimiento informado para incrementar la dosis de morfina al doble.

Consentimiento informado para la donación de órganos

La autorización para el transplante de órganos o tejidos corporales debe provenir del paciente. Cuando los donantes potenciales son menores de edad, o personas con una discapacidad mental o enfermos, los jueces comúnmente admiten el criterio de representantes por sustitución teniendo en cuenta la teoría de los mejores intereses.

Caso No. 26

Dos hermanos. M.S. y T.S., acompañados por su madre se presentan en el servicio ambulatorio del Departamento de Cirugía de Transplantes. T.S. quiere donar un riñón a M.S.

M.S. tiene 25 años y ha recibido tratamiento de diálisis durante dos años, debido a una pielonefritis crónica. No experimenta mayores problemas físicos al estar sometido a diálisis. De hecho, puede incluso conducir habitualmente su propio vehículo desde su domicilio. Sin embargo, su capacidad laboral es limitada debido a que no puede trabajar durante tres días y medio por semana. Acaba de terminar su formación como carpintero y ahora se encuentra buscando trabajo, pero sin ningún éxito. La respuesta es frecuentemente: “ Si usted pudiera trabajar a tiempo completo, lo contrataríamos de inmediato.” A pesar de que se encuentra en la lista de espera para obtener un riñón, no parece que pueda conseguirlo pronto. M.S. empieza a sentirse frustrado por esta situación, particularmente porque tiene previsto casarse este año y constituir una familia. En uno de los últimos chequeos, el nefrólogo de M.S. le informa acerca de la posibilidad de una donación entre vivos. El médico señala que los resultados a largo plazo de este tipo de transplantes son excelentes y que podría trabajar a tiempo

completo y tener una vida normal. Con este pronóstico en mente M.S. conversa con su familia. La posibilidad de que T.S., su hermano menor, sea candidato a la donación se plantea. T.S. es casi sordo y padece una discapacidad mental moderada. Asiste a una escuela especial desde segundo grado y actualmente vive en casa. Sin embargo, no tiene ningún representante legal o tutor. En razón de que no ha aprendido el lenguaje de señas, sólo su madre esta capacitada para comprender completamente lo que quiere comunicar. Ella dice que donar el riñón es su deseo urgente. Él reitera, señalando a su madre, que quiere ayudar y que quiere dar un riñón a su hermano. MS tiene el deseo de aceptar la oferta de su hermano y solicita al cirujano que lo acepte para realizar la operación.

Prof. Nikola Biller-Andorno
Alemania

¿Cómo debe actuar el cirujano?

1. Debe realizar la evaluación de la compatibilidad tisular porque T.S. ha manifestado su firme deseo por medio de su madre; él quiere ayudar a su hermano.
2. No debe realizar esa evaluación mientras se discuten los siguientes hechos:
 - a. ¿Tiene T.S. plena capacidad de obrar?
 - b. ¿Cuáles son los riesgos y los beneficios para T.S.?
 - c. ¿Existen otros donantes potenciales en la familia?
 - d. ¿Cuál es la opinión de la madre y del resto de los miembros de la familia respecto a este asunto?
3. No debería proceder a la evaluación tisular previa a la intervención porque no tiene fundamento para concluir que T.S. tiene capacidad para consentir, que los beneficios de la donación del órgano puedan superar los riesgos de T.S. y que no existan otros donantes potenciales en la familia.

Consentimiento informado para investigación clínica y otros estudios

La diferencia entre investigación terapéutica y no-terapéutica hace referencia a la posibilidad de que la investigación pueda verosíblemente beneficiar a la persona involucrada y a que futuros pacientes pueden esperar beneficios a partir del conocimiento adquirido en la investigación.

La doctrina del consentimiento informado ha sido desarrollada para el tratamiento médico. En el campo de la investigación clínica adquiere una importancia adicional pues el consentimiento informado es un requisito de cada acto y además es obligatorio con carácter previo para decidirse a participar en una investigación científica.

Igualmente, se requiere el consentimiento informado de un paciente para participar en la formación clínica de estudiantes o médicos en prácticas.

Caso No. 27

Una señora de 75 años de edad visita una Facultad de Medicina para cumplimentar un formulario necesario para la donación de órganos corporales tras la defunción. Explica que está sola, sin familia, y que se benefició hace unos años de una transfusión sanguínea que salvó su vida.

Agrega que le gustaría ayudar a la investigación biomédica mediante la donación de su cuerpo y órganos. Es probable que su cuerpo se utilice en clases de anatomía a jóvenes estudiantes de medicina.

Thierry W. Faict
Uves Dousset
Roger Letonturier
Stephanie Neel
Francia

¿Debe informarse a la mujer de los detalles acerca de la posible utilización de su cadáver?

1. No. Otorgó un consentimiento libre e incondicional al ofrecerse como voluntaria para donar su cuerpo para la investigación médica.
2. Sí. Tiene derecho a ser informada acerca de hechos materiales concretos, incluido el posible uso de su cuerpo. Aunque la donación ha sido voluntaria, puede que no sepa como se utilizará su cuerpo. Esa información le permitirá decidir si su donación es o no incondicional.

Pruebas de VIH

En términos generales, debe realizarse una distinción entre los casos en los cuales las pruebas se realizan en beneficio del paciente y aquellos en los cuales se lleva a cabo la prueba con otros propósitos. El consentimiento informado debe obtenerse para la prueba del VIH/Sida, y el paciente debe saber qué es lo que está autorizando.

Si la prueba se realiza en beneficio de terceras personas, el paciente debe estar informado acerca del hecho de que las muestras de sangre que se obtengan serán utilizadas para la prueba del SIDA.

Caso No. 28

La señora W.L. de 29 años de edad, casada, y su esposo son pacientes de una clínica. W.L. visita la clínica con aspecto triste. Sus dos hijos han fallecido en los últimos tres años, antes de haber cumplido el tercer año de edad, debido a diarreas y a graves enfermedades febriles. Durante la enfermedad de su último bebé, el médico a cargo recomendó que el bebé y ella se realizaran pruebas de VIH. Las pruebas resultaron positivas, y se confirmaron posteriormente. Ella cree que su esposo la infectó, además, ha escuchado rumores de que su esposo es un mujeriego, pero él lo niega cuando se lo plantea.

Ahora el esposo, próspero hombre de negocios, insiste en que haga todo lo posible para quedarse nuevamente embarazada de modo que él adquiriera prestigio entre sus amigos y que el niño que nazca pueda heredar sus bienes. Además le advierte que, pasado un año, si esto no ha sucedido, se divorciará y se casará con una mujer más joven. El no sabe nada acerca de su infección ni de la de su esposa, que se encuentra muy asustada ante la perspectiva de revelar su infección por VIH por el temor al divorcio.

Dr. J. Mfusto Bengo
Sekeleghe Amos Kayuni (MBBS IV)
Malawi

¿ Qué medida debe aplicar el médico en relación con el esposo?

1. Debe decirle a la señora W.L. que a ella corresponde explicar a su esposo esta situación. Si no lo hace, el médico puede informar directamente al esposo.
2. Debería decirle a la señora W.L. que ella tiene que exponer su infección a su esposo. Si no lo hace, el médico no puede informar al esposo.

Caso No. 29

La señora M.P. de 39 años de edad, acude al Servicio de Ginecología exigiendo que se practique un aborto. Está embarazada de dos meses y no quiere tener el hijo. Ha tenido múltiples contactos sexuales completos con varios hombres en años recientes y se inyecta heroína. El médico le solicita su consentimiento informado para realizar una prueba de VIH pero lo rechaza.

Prof. Juan Vinas
España

¿ Debe el médico, consciente de la alta probabilidad de infección por VIH/ realizar esta prueba y otras pre-operatorias sin obtener el consentimiento de la paciente para la prueba del VIH?

1. No. La regla del consentimiento informado no debe infringirse.
2. Si, debido a que el médico tiene el derecho de protegerse a sí mismo y a su equipo.
3. Si, dado que la prueba beneficia también a la señora M.P.

Si la prueba es necesaria para el diagnóstico o el tratamiento del paciente, y si el paciente rechaza esta prueba, el médico puede rehusar continuar la asistencia.

Caso No. 30

El señor M.T. es una persona de 65 años de edad, profesor jubilado. Llega desde el Servicio Ambulatorio Quirúrgico con un abultamiento inguinal aparecido hace 6 años.

No hay ninguna complicación, excepto la molestia que el paciente siente cuando este abultamiento se hace prominente. El médico de guardia diagnostica una hernia inguinal y admite al paciente para cirugía electiva, lo que el paciente acepta. El cirujano realiza una evaluación pre-operatoria y encuentra una úlcera infectada por herpes zoster. El cirujano desea realizar la prueba de anticuerpos por VIH al pensar que su hallazgo es un indicador de una infección general. Solicita al paciente una muestra de sangre para una evaluación general pre-operatoria sin informarle acerca de las pruebas de VIH que va a ordenar.

Prof. Mengeshe A. Teshome
Etiopía.

¿ Debe el cirujano informar al paciente que se le ha hecho una prueba de VIH?

1. No, porque el cirujano tiene autoridad para realizar todas las pruebas que considere apropiadas ante de realizar una operación.
2. Si, porque el paciente tiene derecho a la autodeterminación y no se le debe realizar ninguna prueba sin que previamente de su consentimiento informado completo.

Índice

Página

Casos Prácticos de consentimiento informado

Introducción

Amnon Carmi

Caso No. 1

Caso No. 2

Caso No. 3

Diagnóstico y pronóstico del estado de salud del paciente

Caso No. 4

Caso No. 5

Caso No. 6

Caso No. 7

Dudas sobre la validez del consentimiento informado obtenido.
Tratar o no tratar, ésta es la cuestión.

Caso No. 8

Caso No. 9

Caso No. 10

Caso No. 11

Caso No. 12

Privilegio terapéutico

Caso No. 13

El derecho a no saber

Caso No. 14

El derecho a rechazar el tratamiento

Caso No. 15

Caso No. 16

Pacientes incompetentes

Caso No. 17

Rechazo al tratamiento

Caso No. 18

Caso No 19

Tratamiento para menores de edad

Caso No. 20

Rechazo del menor de edad a recibir tratamiento

Rechazo de los padres para el tratamiento necesario

Caso No. 21

Caso No. 22

Caso No. 23

Consentimiento informado en eutanasia

Caso No. 24

Caso No. 25

Consentimiento informado para la donación de órganos

Caso No. 26

Consentimiento informado para investigación clínica y otros estudios

Caso No. 27

Pruebas de VIH

Caso No. 28

Caso No. 29

Caso No. 30

NOTA SOBRE LOS AUTORES

Traductores

Carlos Valerio M.

Abogado con especialidad en Salud Pública, grado académico obtenido en España en 1999. Funcionario de la Defensoría de los Habitantes desde 1993. Desde 2001 es colaborador del Programa Mundial de Bioética de la UNESCO, es miembro del Consejo de Gobernadores de la Asociación Mundial de Derecho Médico desde el año 2001 y colaborador del Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO) desde 2001. Vicepresidente de la Asociación Latinoamericana de Derecho Médico desde el año 2000. Actualmente, es el Presidente de la Asociación de Derecho Médico de Costa Rica.

Fue Director de la Defensoría de los Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Gracia (1991 –1993). Realizó una Pasantía en el Defensor del Pueblo en España (1992)

Fue miembro de la Junta Directiva de la Fundación Vida, Organización No Gubernamental (ONG) dedicada a apoyar a las personas que viven con VIH/sida y sus familiares, desde 1995 hasta 2002.

Director de la Cátedra de Ética Médica de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED) desde 1999 hasta 2003; período durante el cual se dedicó a la promoción del conocimiento de la Bioética, inculcando conocimientos y habilidades a los futuros profesionales en Medicina en esta importante disciplina.

Representante de la comunidad del comité ético-científico de UCIMED, desde su constitución en setiembre de 1999. Por ello, la Asamblea Legislativa le solicitó redactar el proyecto de Ley General de Investigación Biomédica que se discute en la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, (Expediente 14967 publicado en la Gaceta No. 210 del 31 de octubre de 2003).

Redactor de la actual Ley General del VIH/sida. Ley No. 7771, la cual regula de manera especial los derechos de las personas que viven con el VIH/sida.

Ha participado como expositor y experto en conferencias y talleres internacionales sobre Sida, Salud Pública, Derecho Médico y Bioética en España (2003), Cuba (2003), Puerto Rico (2002), Holanda (2002), Australia (2001), Argentina (2001), Finlandia (2001), Brasil (2000 y 2002), Nicaragua (2000), Venezuela (2000, 2001, 2002) África del Sur (1996), Estados Unidos (1994), Suiza (1992) y Ecuador (1992)

Se ha ocupado de divulgar conocimientos y estudios sobre Bioética, sida y Derecho Médico mediante la publicación de artículos en revistas nacionales e internacionales como en Acta Académica de la Universidad Autónoma de Costa Rica, Investigaciones Jurídicas (Costa Rica), Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal (Costa Rica), Revista de Ciencias Jurídicas de la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica y el Colegio de Abogados de Costa Rica, Revista Española Interdisciplinaria del Sida (España), Medicine and Law (Israel). Memorias

Internacionales de congresos mundiales de sida publicados por Monduzzi Editore (Italia), Revista de Derecho y Genoma Humano de la Universidad de Deusto, (España) y Cuadernos de Bioética AD-HOC (Argentina).

Antonio Piga Rivero

Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid en 1964. Doctor en Medicina. Realizó estudios de formación postgraduada en Alemania, Francia, Estados Unidos y Dinamarca, incluyendo cursos de equipamiento sanitario y economía de la salud.

Profesor Titular de Medicina Legal y Forense, Deontología, Derecho Médico y Bioética en la Universidad de Alcalá, en las licenciaturas de Medicina, Farmacia, Derecho, Humanidades, Ciencias Medioambientales, y en la Escuela de Enfermería (Alcalá de Henares, Madrid), desde 1980 hasta la actualidad.

Ha sido inspector médico del Cuerpo de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social (1966), Médico Forense (1968), Médico Forense de Categoría Especial (1972). Jefe de Servicio de Equipamiento Sanitario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1968-1985). Funcionario de las Naciones Unidas (Organización Mundial de la Salud) (1984-1992). Director del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales de la Universidad de Alcalá de 1993 a 1998. Director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Legislación Sanitaria y Bioética (1993-1998) en la Universidad de Alcalá.

Como funcionario de la OMS ha asesorado la formación del personal sanitario y las reformas de las legislaciones sanitarias de numerosos países europeos, en particular de la Europa Central y del Este: Albania, Bulgaria, Hungría, ex Unión Soviética, entre otros, habiendo impartiendo cursos internacionales, en lengua inglesa, de legislación sanitaria, cuyos textos han sido distribuidos como documentos de la OMS. Como asesor de la OMS realizó misiones en Irán y la ex –Yugoslavia, y ha elaborado y/o asesorado los siguientes informes: “Chernobil reactor accident” (1986); “Disaster Preparedness and relief” (1986); “WHO/EURO Guidelines on action to be taken at the time of a disaster” (1987); “Report on a misión to the islamic Republic of Irán, following the earthquake on 21 june 1990 (1990); “Course on health Services Legislation in Europe”(1991); “Report on the identification of the bodies of the victims of the hostilities in Yugoslavia. Visit to Yugoslavia” (1991); “The developmet and regulation of a public-private mix of health services” (1992).

Participa todos los años, desde 1992 hasta la actualidad, en la formación “Derechos Humanos y Medicina” de la Universidad Pierre et Marie Curie de París, impartiendo clases sobre Ética, Derechos de los pacientes y Salud Pública.

Es miembro de los consejos directivos de la Asociación Mundial de Derecho Médico, de la Asociación Juristas de la Salud y de la Academia Internacional de Medicina Legal y Social. Asimismo, forma parte de la red Medicina y Derechos Humanos del Consejo de Europa.

Miembro del Comité de Expertos sobre la armonización de las normas de autopsia del Consejo de Europa, a propuesta de la Organización Mundial de la Salud (1996).

Ha sido Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid. Actualmente miembro de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos.

Miembro de Consejos editoriales de revistas especializadas en Derecho Médico y/o Medicina Legal. Autor de numerosas publicaciones españolas e internacionales.

Colaboración de:

M^a Teresa Alfonso Galán

Licenciada en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid en septiembre de 1977. Doctora en Farmacia por la Universidad de Alcalá en septiembre de 1987. Master en Documentación y Sistemas de Información Sanitaria. Universidad Complutense de Madrid, 1991; Master en Bioética por la Universidad Pontificia de Comillas, 2001.

Profesora Titular en la Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-Madrid), desde 1995.

Es Directora del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales desde 1999, y miembro del Consejo Social de la Universidad de Alcalá desde 2003.

Ha impartido cursos internacionales sobre “Legislación, Práctica Farmacéutica, y Deontología” , en la Academia Rusa de Estudios Médicos Avanzados (Riazán, 27 de junio al 8 de julio 1994; Moscú, 10-19 de mayo 1996); Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (21 de abril 1998; 24-25 mayo 2004), Facultad de Farmacia de San José de Costa Rica UCIMED (25 de mayo de 2000); Universidad Autónoma Metropolitana de México, Unidad Xochimilco (4 al 22 de mayo de 1998).

Conjuntamente con Antonio Piga Rivero, ha preparado el capítulo “Une perspective internationale des droits des malades”, dentro del libro “La santé face aux droits de l’homme, à l’éthique et aux morales: 120 cas pratiques”. Editions du Conseil de l’Europe. Strasbourg 1996:101-110. Editado en inglés en 1998; en español (OPS) en 1999; y en italiano en el 2000.