

Propuesta de reformulación del “Listado de derechos del paciente mental en Cuba”

▶ Victoria de la Caridad Ribot Reyes*

PROPOSAL OF REFORMULATION OF THE “LISTING OF RIGHTS OF THE MENTAL PATIENT IN CUBA”

PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DA “LISTA DE DIREITOS DO DOENTE MENTAL EM CUBA”

▶ O84
Bioética

▶ Fecha Recepción: Enero 20 de 2010 ▶ Concepto Evaluación: Febrero 21 de 2010 ▶ Fecha Aceptación: Mayo 25 de 2010

* Especialista de I grado en Medicina General Integral. Residente de II año de Psiquiatría. Master en Longevidad Satisfactoria. Master en Bioética. Profesora Instructora. Institución: Servicio de Psiquiatría “Rene Yodú Prevez”, Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”, La Habana, Cuba. Email: victoriaribot@infomed.sld.cu



RESUMEN

El trabajo realizado responde a una estrategia cualitativa, en la que se emplea como tipo de investigación un estudio descriptivo, transversal y de desarrollo con el objetivo de proponer una reformulación al "Listado de Derechos de Paciente Mental en Cuba" vigente, a partir de los aportes realizados por el pensamiento bioético en este campo. Fueron encuestados 37 médicos vinculados a la práctica de la Psiquiatría como especialistas o residentes. De éstos, sólo 6 desconocían el mencionado código deontológico y 30 lo consideraron inadecuado para el contexto social y ético actual (22 parcial y 8 totalmente). Los principales señalamientos se refirieron al uso de consentimiento informado, la discriminación, la definición de libertades y el acceso a recursos diagnóstico-terapéutico-rehabilitatorios. Por último, a partir del marco teórico y de los criterios recogidos, se precisan las modificaciones pertinentes y se elabora una propuesta de listado de Derechos del Enfermo Mental.

Palabras Clave

Bioética, Psiquiatría, Derechos Humanos, Consentimiento Informado.

ABSTRACT

The work done responds to a qualitative strategy, which comprises a descriptive, transversal and development study as a type of research with the aim of proposing a reformulation of the "List of mental patient's rights in Cuba" in force, starting from the contributions made by the bioethical thinking in this field. We surveyed 37 physicians linked to psychiatry practice as specialists or residents. Of them, only 6 did not know the abovementioned deontological code and 30 considered it unsuitable for the current social and ethical context (partially 22 and fully 8). The main problems referred to the use of the informed consent, discrimination, definition of liberties and access to diagnostic-therapeutic-rehabilitatory resources. Finally, starting from the theoretical framework and the listed criteria, we specify the appropriate modifications and make a proposal list of Mental Patient's Rights.

Key Words

Bioethics, Psychiatry, Human Rights, Informed Consent.

RESUMO

Este trabalho responde a uma estratégia qualitativa de pesquisa descritiva, transversal e de desenvolvimento para propor uma reformulação da "Lista de direitos do paciente mental em Cuba" baseando-se em contribuições do pensamento bioético nesse campo. Os entrevistados foram 37 médicos associados à prática da psiquiatria como especialistas e residentes. Destes, apenas seis não tinham conhecimento do referido código de ética e 30 consideravam-no inadequado para o atual contexto ético e social (22 parcialmente e 8 completamente). As principais mudanças referem-se à utilização do consentimento informado, à discriminação, à definição de liberdades e ao acesso aos recursos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação. Estas modificações são pertinentes pelo quadro teórico e os critérios coletados; por tanto, as se prepara um projeto de lista dos direitos do doente mental.

Palavras Chave

Bioética, Psiquiatría, Direitos Humanos, consentimento informado.

INTRODUCCIÓN

Los derechos humanos han sido definidos como todo aquello inherente a la persona, a la dignidad del ser (*Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*, 1990). Llevan por tanto implícita una referencia a la Salud Mental. El reconocimiento de estos en el paciente psiquiátrico, ha estado supeditado a la definición de enfermedad mental manejado a nivel médico-social en cada civilización. El hombre primitivo consideraba que la enfermedad mental tenía un origen sobrenatural y recurría a la práctica del exorcismo. En la Edad Media se afianza la concepción primitiva y mágica de la enfermedad. Se recluyen en los manicomios a los pacientes, en condiciones lamentables; aunque se pueden señalar excepciones como la de San Juan de Dios y Phillipe Pinel. (Jiménez, 2007)

La idea de salud e higiene mental surge en el siglo XX, en el contexto de una modernidad ilustrada que cree en el progreso, en sociedades más igualitarias y más justas. La idea de reforma psiquiátrica, la preocupación por la situación de los enfermos mentales, por la vulneración de sus derechos básicos en las grandes instituciones manicomiales, se inicia tras la Segunda Guerra Mundial (Desviat, 2001). En 1950 nace la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMA) con la finalidad de unificar criterios de actuación en esta especialidad y debido al impacto provocado por la actuación de psiquiatras durante el genocidio nazi. En 1976 se celebró, en Londres, el primer congreso sobre aspectos éticos de la psiquiatría. Este preparó el terreno para el código introducido un año más tarde en el Congreso Mundial de la AMA en Honolulu conocido como Declaración de Hawaii. La Declaración fue actualizada en Viena en 1983 y luego en Madrid en 1996.

Actualmente, los profesionales de la Salud Mental se encuentran en la búsqueda de respuestas curativas y asistenciales que dignifiquen la situación del enfermo mental. Esto se debe, en gran medida, a que en las últimas tres décadas hemos asistido al despertar histórico y social de tres acontecimientos que marcan la situación, el horizonte y los problemas con que se enfrenta hoy el mundo, y en particular, el del médico:

- la revolución biológica (con avances en el terreno de la genética y la posibilidad de actuar sobre el ser humano, en los primeros momentos de la vida),
- la revolución ecológica (ante las problemáticas perspectivas mundiales acerca de los límites del crecimiento poblacional y la explotación inadecuada de los recursos naturales), y

- la revolución médico-sanitaria (ante el desarrollo de la conciencia de sus derechos por parte de los enfermos y el movimiento por los "Derechos Humanos"; ante la creciente especialización de la Medicina y el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas; ante los distintos sistemas económico-político-sanitarios...) (Risco, 1996).

En Cuba, los fundamentos ético-jurídicos que hasta los años 80' del siglo XX enmarcaron la gestión de salud fueron la Ley General de Salud (sección novena), los Principios de la Ética Médica, el Código Ético de los Científicos Cubanos y la resolución 113 sobre la disciplina laboral en las instituciones de Salud Pública, junto al Juramento Hipocrático (González, 2007).

Con el objetivo de garantizar la óptima protección de los derechos de los enfermos mentales, en 1994 el MINSAP publica el "Listado de Derechos del Paciente Mental". En su discusión participó el 95% de los psiquiatras cubanos y se convirtió en un importante código deontológico a cumplir por los profesionales que laboran en la Salud Mental. A partir de septiembre de 2008, el Grupo Nacional de Psiquiatría promovió la iniciativa de realizar en todos los servicios de Ciudad Habana talleres denominados Aspectos éticos y legales de la práctica de la Psiquiatría. En estos encuentros, la mayoría de las opiniones coinciden en que los derechos que se recogen en el listado no se avienen a las consideraciones éticas actuales: sólo se menciona el consentimiento informado en lo referente a investigaciones, no se abordan todos los aspectos por los cuales el paciente psiquiátrico puede sufrir discriminación y no se establecen límites para la familia en cuanto a decisiones que sobre el paciente se refieren. A pesar de constituir un importante referente ético para la psiquiatría cubana, dicho documento precisa de revisión y actualización teniendo en cuenta cuanto se ha desarrollado la Bioética y el espacio de reflexión que ésta permite, desde 1994 a la fecha.

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo realizado responde a una estrategia cualitativa, en la que se emplea como tipo de investigación un estudio descriptivo, transversal y de desarrollo.

El universo quedó constituido por los psiquiatras que se desempeñan como tal en Ciudad Habana. La muestra se seleccionó de manera no probabilística e intencionada. Los criterios de inclusión en la misma fueron: vinculación asistencial y disposición para participar en la investigación.

El tamaño de la muestra quedó definido por el criterio de saturación. De esta manera, los médicos encuestados fueron 37, de ellos: 8 residentes, 24 especialistas de I grado y 5 especialistas de II grado.

Para la recolección de datos se empleó una encuesta semiestructurada, confeccionada por la autora y sometida al criterio de cuatro expertos; todos ellos profesores de Psiquiatría con más de 20 años de experiencia profesional (dos son profesoras consultantes, dos ostentan el grado de Doctor en Ciencias, una de ellas es máster en Bioética y el resto cuenta con actividades de postgrados y publicaciones que avalan su vinculación con el campo bioético). Se consultó además un experto lingüista, miembro de la Academia Cubana de la Lengua Española y Premio Nacional de Literatura. A partir de las sugerencias recibidas se realizaron las correcciones correspondientes y se aplicó la tercera versión de cuestionario. La experiencia piloto se realizó en el servicio de psiquiatría "Rene Yodú Prevez" del HDCQ "Joaquín Albarrán".

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

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS

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

1) Si su respuesta es No, le sugerimos leer dicho listado (adjunto a la encuesta) y luego continuar.

De los 37 encuestados, sólo 6 no conocían el listado. Estos eran residentes, en su mayoría de primer y segundo año. Es necesario señalar que en el programa de la residencia de Psiquiatría no se hace referencia al listado de derechos del paciente mental. Es criterio de la autora que la excesiva carga asistencial que experimenta el personal en formación es un elemento que influye en que no consulten información más allá del programa curricular.

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

- Sí
- No
- No sé
- Parcialmente

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

Las categorías y subcategorías empleadas a partir del análisis de las respuestas recibidas, son las siguientes:

- Capacidad del paciente para la toma de decisiones: uso del consentimiento informado, límites de la responsabilidad familiar, acceso a la información.
- Trato no discriminatorio: acceso a la transportación sanitaria, acceso a la rehabilitación.
- Recursos humanos: disponibilidad de psiquiatras, capacitación del personal médico y paramédico.
- Condiciones materiales: disponibilidad de recursos terapéuticos, situación constructiva de las instalaciones, acceso a exámenes complementarios.

La mayor parte de los médicos encuestados consideró que el listado se adecua parcialmente (22 personas), 8 optaron por No, 4 marcaron la opción No sé y sólo 3 opinaron que sí es adecuado.

En el inciso 2.1), la totalidad de los encuestados hicieron referencia a la capacidad de los pacientes para tomar decisiones, específicamente al uso del consentimiento informado en la práctica diaria.

(Ejemplo: El listado actual sólo se refiere al consentimiento informado en lo tocante a investigaciones científicas. El enfermo mental tiene derecho a recibir información y a rechazar cualquier proceder diagnóstico y/o terapéutico.) [Encuestado 34]

El consentimiento informado puede considerarse como un aporte de la Bioética a la práctica asistencial ya que hace referencia a la autonomía del paciente y su capacidad para decidir versus el tradicional paternalismo médico que heredamos desde Hipócrates. No es una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un tratamiento o investigación; mas bien, constituye un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los tres niveles de atención, cada examen complementario o fase del tratamiento.

El requisito de competencia o capacidad es uno de los elementos clave de un proceso de consentimiento informado. Está claro que la competencia y la capacidad de una persona que sufre de un trastorno mental puede estar disminuida o alterada en alguna medida, pero la creencia previa en la incompetencia global de los enfermos mentales ha sido reemplazada por un entendimiento más detallado de su competencia, como una gradación en la toma de decisiones (Simón, Rodríguez, Martínez, López & Judez, 2001).

Un criterio casi constante entre los encuestados es que no existen límites establecidos para la cantidad de información que sobre el paciente se les ofrece a los familiares.

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

Tradicionalmente, los profesionales que mantenemos relaciones asistenciales estamos acostumbrados a proteger datos del conocimiento público; pero en esta relación, ha sido el sanitario quien siempre ha determinado las condiciones que regían la protección de la confidencialidad. La posición del paciente es claramente subordinada y, hasta cierto punto, innecesaria. Desde este enfoque, podríamos plantear que el deber de secreto guarda una intimidad sin autonomía.

Coincidimos con los encuestados en que tratar a nuestros pacientes psiquiátricos de la manera en que lo merecen, requiere proteger sus datos personales, no sólo preservando la confidencialidad, sino otorgándoles, en la medida de su capacidad, el poder de disposición sobre ellos. Este camino es paralelo al desarrollo de la Bioética y su defensa del principio de autonomía.

Otra categoría en la que coincidieron casi la totalidad de los encuestados fue la relacionada con la discriminación al paciente psiquiátrico.

Ejemplo: El listado toca el tema de la discriminación por parte del personal institucional, los acompañantes y los otros pacientes. ¿Qué pasa con los factores de la comunidad? Las "personas normales" ponen la música alto, dan escándalos y arrojan basura en las esquinas, pero el enfermo mental debe ser un

ciudadano modelo sino quiere que le llamen la ambulancia. [Encuestado 8] El enfermo mental es el único paciente que cuando la familia o los vecinos activan el SIUM (Sistema Integrado de Urgencias Médicas) es llevado directamente al Hospital sin pasar por el policlínico para que el médico de guardia determine si hay una urgencia real. [Encuestado 7]

Consideramos necesario recordar que desde su aparición como especialidad médica, a principios del siglo XIX con la obra de Phillippe Pinel, la Psiquiatría osciló entre una función médica de alivio del sufrimiento mental y una función de custodia de la locura, haciéndose cargo en los manicomios del mandato social que le encomendó construir el andamiaje epistemológico que justificara su misión de librar a la comunidad de la presencia molesta y "peligrosa", de una minoría de seres humanos cuyas formas de comportamiento eran designadas locura. Debemos agradecer en gran medida a la Bioética y a los principios que promulga por permitir que se diera un cambio radical en la forma de "ver" al enfermo mental. A consecuencia de esta nueva visión antropológica e integradora del paciente mental, se inicia en Cuba en la década del 90' un ambicioso proyecto que reinsertó en las comunidades a enfermos mentales que llevaban años recluidos en instituciones como el Hospital Psiquiátrico de la Habana, con el objetivo de llevar a cabo la rehabilitación social de los mismos. Como parte de la implementación de este sistema, se creó una Maestría en Psiquiatría Social, la cual fue cursada por los profesionales que luego trabajarían con los pacientes en atención primaria. Sin embargo, los restantes miembros de la comunidad no fueron preparados para asumir este cuidado. Gro Harlem Brundtland defiende la tesis que la salud mental depende en gran medida de la justicia social. Es el desconocimiento un factor importantísimo en el tema de la discriminación. En el imaginario social el enfermo continúa siendo "el loco." La enfermedad mental, así como la curación y la rehabilitación sufren la influencia del comportamiento humano, a la vez que demandan adaptaciones bioculturales tanto en el enfermo como en el núcleo social que lo acoge (Harlem, 2005).

La categoría Recursos Humanos fue señalada por la mitad de los encuestados. La mayoría de los criterios hicieron referencia a la atención ambulatoria de los pacientes y su seguimiento por el área de salud, la cual de ha visto seriamente diezmada por las reestructuraciones realizadas en policlínicos y consultorios médicos.

(Ejemplo: El listado pretende que los pacientes reciban la más calificada atención pero todos sabemos que en la práctica esto no sucede. Las camas hospitalarias cada vez son menos y el paciente tiene que ser atendido en su policlínico donde hay un solo psiquiatra para toda la población. [Encuestado 21] Casi todos los consultorios están cubiertos por internos que sólo reciben la rotación de pregrado por la especialidad. En el programa de Medicina General Integral, las enfermedades mentales no son temas prioritarios. Entonces ¿dónde está el personal calificado en salud mental? [Encuestado 30])

El Código de Ética de la Psiquiatría Cubana, aprobado por la Sociedad de Psiquiatría, recoge en su inciso j) *Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades para lograr la creciente optimización de la atención de Salud Mental* (Sociedad Cubana de Psiquiatría, 2007). En un esfuerzo por garantizar lo recogido en dicho inciso, el Grupo Nacional de Psiquiatría ha organizado encuentros mensuales para psiquiatras júnior, con el objetivo de que prestigiosos profesores toquen temas relacionados con las diferentes áreas que competen a la psiquiatría clínica. Esta experiencia, a pesar de constituir una excelente oportunidad de aprendizaje y retroalimentación, es insuficiente ya que la mayor parte de los asistentes recién graduados se hayan insertos en el segundo nivel de atención, donde el seguimiento al paciente es deficitario por las razones ya mencionadas. También es preciso señalar que la atención las enfermedades mentales no son objeto de estudio en el programa de reingeniería del internado ni son, en la práctica, programas priorizados. No es intención de la autora menoscabar la importancia que tienen el resto de los programas que asume la atención primaria de salud pero hay aspectos que creemos necesario destacar. La relación médico-paciente es un proceso eminentemente cultural y antropológico, en la cual se implican enfermo y profesional desde sus creencias, convicciones, conocimientos e historia personal. En el campo de la enfermedad mental esta relación se da de una manera muy especial ya que es la entrevista la principal herramienta diagnóstica, terapéutica y de seguimiento. (Brown, Hartfield & Hu, 2003) Si el personal que más cerca está del enfermo, no cuenta con la preparación adecuada, puede resultar iatrogénica la interacción entre ambos.

La categoría menos referida fue la tocante a las condiciones materiales. Casi todos los encuestados, en este acápite, abordaron más las situaciones prácticas que impiden la garantía de los derechos que el listado en sí.

Desde su aparición como especialidad médica, a principios del siglo XIX con la obra de Phillippe Pinel, la Psiquiatría osciló entre una función médica de alivio del sufrimiento mental y una función de custodia de la locura, haciéndose cargo en los manicomios del mandato social que le encomendó construir el andamiaje epistemológico que justificara su misión de librar a la comunidad de la presencia molesta y “peligrosa”, de una minoría de seres humanos cuyas formas de comportamiento eran designadas locura.

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

Las categorías empleadas a partir del análisis de las respuestas recibidas, son las siguientes:

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

La categoría más referida por los encuestados fue la tocante al uso del consentimiento informado en la práctica diaria.

(Ejemplo: El paciente psiquiátrico tiene tanto derecho a acceder al consentimiento informado como el resto de los enfermos. El listado debe ser reformulado en este sentido y delimitar cuando se exonera al paciente de este derecho.) [Encuestado 32]

Las opiniones expuestas reflejan como se han modificado, en gran medida gracias al surgimiento de la Bioética, los criterios sobre la capacidad de los pacientes para decidir y ser agentes activos en el proceso curación-rehabilitación. Actualmente, todas las grandes declaraciones sobre las obligaciones éticas de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras están ancladas en un nuevo modelo de relación sanitaria. *Los pilares de este modelo son el principio ético de autonomía y las actitudes deliberativas y de participación y tienen en la teoría del consentimiento informado, entendida como proceso comunicativo, una de sus expresiones más granadas* (Simón & Judez, 2001). En la Psiquiatría, el Consentimiento Informado aparece como un nuevo ideal de autonomía y de racionalidad. Sirve para orientar los actos aún cuando no pueda realizarse por completo. Esta nueva forma de entender la relación del médico con el paciente ha surgido como consecuencia de profundas transformaciones en la Medicina y en la Sociedad. Es la expresión de una nueva cultura de la Información y del Pluralismo. Por todo ello constituye un valor que los profesionales de la Medicina ya no podemos dejar de tener en cuenta. (Sánchez, 1996)

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

(Ejemplo: El listado debe recoger el derecho a no ser trasladado en contra de su voluntad sin una justificación adecuada. Es imposible que cualquier persona

le llame la ambulancia "al loco" y a éste lo saquen de la casa con la PNR y lo lleven a un hospital sin antes determinar si presenta o no una urgencia psiquiátrica. [Encuestado 15] Todas las llamadas al SIUM pasan por el policlínico de urgencias antes de ir al hospital. Los pacientes psiquiátricos tienen derecho a un criterio médico de remisión, no sólo lo que diga la familia. Si el personal que trabaja en las ambulancias no está capacitado entonces creo que debe determinarlo el médico del área. El mecanismo actual contribuye a que el enfermo se vea coaccionado por los familiares ya que permite se le chantajee con el traslado al hospital. [Encuestado 9]

Desafortunadamente, hemos podido constatar en la práctica lo antes planteado. En innumerables ocasiones se trata de situaciones de incomunicación perfectamente manejables a nivel familiar o comunitario y que no requieren la intervención de personal especializado ya que no constituyen una descompensación o agravamiento de la patología psiquiátrica de base. No pretendemos plantear que la convivencia con el enfermo es fácil, pero el traslado hospitalario no puede constituirse en un método coercitivo. Una idea que prevalece en toda la literatura revisada para este trabajo es que el respeto a las personas lleva implícitas dos importantes convicciones éticas:

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

La "Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales", adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, el 17 de octubre de 1989, recoge que: *Las personas que sufren de una enfermedad mental deben gozar de los mismos derechos humanos y libertades básicas que los otros ciudadanos.... Los enfermos mentales tienen el derecho de recibir un trato profesional, humano y digno.* (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1989)

Por su parte, el Proyecto de Ley de Salud Mental cubano plantea en su artículo 2:

b) El reconocimiento y garantía de protección absoluta del enfermo con trastornos mentales dada su limitada capacidad para a defensa de sus derechos ante cualquier tipo de abuso, explotación o trato denigrante de distintas procedencias, que puede incluir su propia familia. (Sociedad Cubana de Psiquiatría, 2007)

Si la familia o la comunidad carecen de herramientas para manejar la convivencia con el paciente psiquiátrico, es preciso brindarles apoyo y educación. No creo que sea éticamente correcto ofrecerles mecanismos que puedan constituirse en segadores de la libertad y los derechos civiles de los enfermos mentales.

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

(Ejemplo: Los pacientes psiquiátricos tienen derecho a que no se les discrimine socialmente. Si los que trabajamos directamente con ellos no comenzamos a plantear esto, no vamos a lograr que la sociedad cambie la visión que tiene de ellos.) [Encuestado 24]

Como hemos señalado previamente, la discriminación es una de las tantas formas que tiene la ignorancia para intentar pasar desapercibida. Nuestra sociedad, heredera de una tradición paternalista a ultranza, acostumbrada a mantener a “los locos” lejos y encerrados, debe aprender ahora a convivir con y tratarlos como iguales. Conuerdo en que estos son tópicos que deben ser incorporados al listado, pero la labor educativa va mucho allá de las instituciones dedicadas a la salud mental.

La mitad de los encuestados consideró necesario reformular el actual listado de derechos en cuanto a la delimitación de libertades durante el ingreso hospitalario.

(Ejemplo: El listado reconoce a profesar cualquier religión, pero la mayoría de los servicios son abiertos y los pacientes comparten la mayoría de las áreas. ¿Qué pasa con el derecho del que no profesa dicha religión? Considero que estos son aspectos que se deben tener en cuenta al reformularlo.) [Encuestado 17]

El derecho a profesar cualquier religión a parece recogido en el artículo 8 de la Constitución vigente: *El Estado reconoce, respeta y garantiza la libertad religiosa. ... Las distintas creencias y religiones gozan de igual consideración* (Asamblea Nacional del Poder Popular).

Esto no significa que las personas no religiosas deban participar involuntariamente en rituales. La mayor parte de los servicios de psiquiatría en la ciudad son abiertos, con cuartos de dos camas como mínimo. No se trata de negar el derecho a profesar una religión, pero la convivencia, si queremos que sea armónica, pasa por el respeto al derecho del otro. *El cumplimiento del deber de cada uno es exigencia del derecho de todos. Derechos y deberes se integran correlativamente en toda actividad social y política del hombre. Si los derechos exaltan la*

libertad individual, los deberes expresan la dignidad de esa libertad (Achával, s.f.).

Coincido con los encuestados en que el tema de las manifestaciones religiosas en sala debe ser replanteado en el listado de derechos. Por supuesto, le corresponde al personal sanitario officiar como mediador y crear los espacios (en la medida que las condiciones del servicio lo permitan) para que todos los pacientes puedan expresarse libremente sin violar la libertad de los otros.

La categoría referente al acceso a la rehabilitación fue la menos señalada por los encuestados. Aquí las opiniones versaron fundamentalmente sobre las opciones comunitarias para la reinserción social de los enfermos, sobre todo en el tema laboral.

(Ejemplo: El listado no debe recoger sólo el derecho al peritaje. Los enfermos mentales tienen derecho al trabajo, no sólo por la remuneración sino también por el valor rehabilitatorio que tiene.) [Encuestado 26]

El trabajo constituye una importante herramienta para desarrollar relaciones interpersonales y habilidades sociales, inculcar responsabilidad y a la vez, disminuir la carga económica que este tipo de personas puede llegar a representar si se mantienen inactivos. Una vez más, consideramos pertinente volver al Proyecto de Ley de Salud Mental cubano y citar lo planteado en su artículo 7: *La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la siguiente Ley, constituyen un recurso terapéutico de primer orden. Se promueve el derecho al trabajo como parte esencial de la recuperación de la autonomía e independencia de aquellas. El trabajo con objetivos rehabilitatorios en los centros especializados, será siempre remunerado por la institución, de acuerdo con sus principios científicos y metodológicos* (Sociedad Cubana de Psiquiatría, 2007).

Sólo me gustaría agregar que siendo la salud mental (cuyo restablecimiento es el objetivo primordial de la rehabilitación) un fenómeno social que sobrepasa los equilibrios biológicos, y que puede ser entendido como un sistema bioantroposocial complejo; el trabajo y la participación activa en la comunidad son tan o más importantes que el mejor psicofármaco del mercado.

ANÁLISIS GENERAL DE LAS RESPUESTAS, A LA LUZ DE LOS OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO

Del análisis general de las repuestas, obtenidas a partir de las encuestas, podemos señalar que aunque se aprecian concepciones paternalistas en las soluciones propuestas, es

evidente que los criterios se van influenciando por los cuestionamientos éticos que han revolucionado la práctica psiquiátrica. Se aprecia en algunos médicos, el dominio de los principios de la Bioética y su aplicación en la Salud Mental.

(Ejemplo: Los pacientes tienen derecho a ser tratados como seres autónomos, con capacidad para decidir. Pretender que sabemos todo el tiempo lo que es mejor para ellos sería ejercer una tiranía médica y lo que es peor, despojarlos de su dignidad). [Encuestado 37]

Quizás lo que mejor refleja la apropiación de elementos bioéticos es el señalamiento unánime entre los encuestados, del consentimiento informado en la asistencia diaria, como derecho del paciente. Algunos de los problemas planteados competen más a instancias administrativas que a un código deontológico. No quisimos pasar dichos planteamientos por alto ya que consideramos, se deben a los pocos espacios de debate existentes para que los profesionales expresen sus inquietudes sobre el funcionamiento de los servicios de Psiquiatría.

A pesar del desarrollo alcanzado en cuanto a la práctica de la ética médica durante la segunda mitad del pasado siglo en diferentes latitudes, queda mucho por hacer en relación con el paciente portador de un trastorno psiquiátrico. Independientemente de que se han creado mejores condiciones para la atención al enfermo mental, y de que en muchos países se ha humanizado el sistema de hospitalización, se hace obligatoria la revisión de situaciones de urgencia psiquiátrica tales como el ingreso, traslado y tratamiento involuntarios, así como la utilización del consentimiento informado en estas y otras situaciones (Hernández, s.f.).

Por último, resulta alentador apreciar con qué seriedad e implicación fueron abordados los tópicos por los encuestados. Esto denota la preocupación que existe sobre el tema de los derechos de los enfermos psiquiátricos entre los profesionales de la Salud Mental.

CONCLUSIONES

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

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

ANEXOS

Derechos del paciente mental en cuba

1. Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en Salud Mental y otros servicios que se requieran sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión

Tradicionalmente, los profesionales que mantenemos relaciones asistenciales estamos acostumbrados a proteger datos del conocimiento público; pero en esta relación, ha sido el sanitario quien siempre ha determinado las condiciones que regían la protección de la confidencialidad. La posición del paciente es claramente subordinada y, hasta cierto punto, innecesaria. Desde este enfoque, podríamos plantear que el deber de secreto guarda una intimidad sin autonomía.

política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o cualquier otra causa.

2. Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos y otras investigaciones médicas.
3. Recibir un tratamiento individualizado según su problemática personal.
4. Optar por otra opinión de terceras partes en el caso de que el paciente o su familia lo requieran por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
5. Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico evitándose yatrogenias.
6. Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello su consentimiento informado.
7. Ser informado del tratamiento propuesto así como los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos y obtener el consentimiento informado en los casos de electroterapia y tratamiento con Disulfiram.
8. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y que su historia clínica o cualquier otra información obtenida del paciente o sus familiares se mantengan bajo estricta confidencialidad.

Derechos del paciente mental en servicios ambulatorios

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

1. Recibir la más calificada atención ambulatoria y tener acceso gratuito a todas las modalidades asistenciales comunitarias.
2. Solicitar ser atendido por el profesional de salud mental de su preferencia dentro de las posibilidades del sistema regionalizado de salud.
3. Garantizar su seguimiento ambulatorio después del egreso o en condiciones de alta protegida luego de un proceso rehabilitatorio hospitalario.
4. Recibir las orientaciones y certificaciones pertinentes en los casos necesarios de reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral.
5. Solicitar ingreso y recibirlo en forma totalmente gratuita según lo estipulado.

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba

Además de los derechos generales enunciados disfrutará del derecho a:

1. Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier

problemática jurídica vinculada con la afección que determina su ingreso.

2. Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión pública, ideología, creencia religiosa, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
3. Profesar la religión de su elección si la tuviera.
4. Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
5. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.
6. Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.
7. Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.
8. Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.
9. Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.
10. Utilizar el teléfono público y remitir o recibir correspondencia libremente.
11. Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias, según criterio médico.
12. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.
13. Ser informado del tratamiento propuesto así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.
14. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.
15. No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros del equipo de salud que lo atienden, lo que constituiría también una forma de abuso.
16. Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de consideración necesario.
17. Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.

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

CLÁUSULA FINAL LIMITANTE

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

NOTA COMPLEMENTARIA

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

PROPUESTA DE LISTADO DE DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL

El objetivo fundamental de esta propuesta es fomentar la discusión sobre el tema de los derechos de los enfermos mentales, teniendo en cuenta los aportes que el desarrollo de la Bioética en nuestro país y en el mundo, ha realizado a la cuestión de los derechos de los pacientes psiquiátricos. Para su elaboración fueron revisados: Las regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos en la salud mental en Cuba, los códigos deontológicos aprobados por la Asociación Mundial de Psiquiatría (Proposición y puntos de vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales, Declaración de Hawai y Declaración de Madrid), los criterios recogidos durante la investigación y la información recopilada en el marco teórico de este trabajo.

Derechos generales

1. Ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio y establecer una relación terapeuta-paciente basada en el respeto mutuo y la total confidencialidad.
2. Hacer uso del consentimiento informado para cualquier proceder diagnóstico, terapéutico o relacionado con investigaciones biomédicas. En caso de

presentar una incapacidad legal o encontrarse en una situación que lo prive de la capacidad para decidir (funcionamiento psicótico, toma de conciencia), debe respetarse la jerarquía establecida en el Código de Familia para designar un representante ante las decisiones médicas.

3. Recibir gratuitamente la atención que requiera según su problemática y no ser discriminado en ninguno de los niveles de atención por razones de raza, edad, sexo, nacionalidad, ocupación, filiación política, creencias religiosas, patología psiquiátrica o cualquier otro motivo identificable.
4. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y fijar la información que, sobre su persona, va a ser revelada a la familia.
5. Acceder a todos los recursos diagnósticos y terapéuticos indicados por el terapeuta.
6. No ser trasladado a instituciones hospitalarias en contra de su voluntad, salvo en las situaciones que sea necesario; siendo el criterio del médico del área de salud, requisito indispensable para definir éstas.
7. En caso de ser necesario el ingreso compulsorio, ser reevaluado en un lapso de 72 horas y apelar la decisión del ingreso, si es pertinente.
8. Tener acceso a opciones laborales como parte de su rehabilitación e inserción social en las que se tengan en cuenta las limitaciones propias de su patología de base.
9. Optar por una segunda opinión profesional en el caso de que el paciente o la familia tengan alguna preocupación sobre el diagnóstico o la terapéutica empleada.
10. Solicitar ser atendido por el profesional de su preferencia, dentro de las posibilidades hospitalarias y del sistema regionalizado de salud.

Durante la hospitalización

1. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socio-culturales durante su ingreso.
2. Recibir un trato humano y no sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social.
3. Disfrutar del menos grado posible de restricciones, siempre y cuando su conducta y patología así lo permitan y no se incumpla el reglamento hospitalario. Dentro de este acápite se incluye: información ofrecida por los medios de comunicación, visitas de personas ajenas a la sala, custodia de pertenencias básicas, uso del teléfono público y acceso a recibir o

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

4. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional.
5. Ser informado sobre su evolución, tratamiento, resultados esperados y complicaciones. En caso de resultar necesario su traslado a otros servicios o instituciones, recibir toda la información sobre motivos, ventajas y desventajas de dicho traslado.
6. Profesar la religión de su elección. Las manifestaciones públicas relativas a ésta estarán en dependencia de la disponibilidad de espacios en el servicio y al grado de agresión que representen para el resto de los pacientes.
7. Recibir gratuitamente toda la información legal requerida para enfrentar posibles problemáticas legales relacionadas con el motivo de ingreso o su patología de base.
8. Disponer de condiciones adecuadas en cuanto a seguridad, privacidad, alimentación y características higiénico-sanitarias de la instalación.
9. Presentar a las instancias jurídico-administrativas correspondientes las quejas que se generen como

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

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

En servicios ambulatorios

1. Acceder a todas las modalidades asistenciales comunitarias.
2. Mantener un seguimiento por la especialidad en su área de salud en el que se le garantice la continuidad de la terapia farmacológica utilizada en el hospital, siendo este reevaluado periódicamente.
3. Recibir las certificaciones necesarias en caso reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral. Recibir opciones laborales que tengan en cuenta las limitaciones propias de la patología psiquiátrica que presente.
4. Solicitar ingreso hospitalario y recibirlo, siempre y cuando se cumplan los criterios para el mismo.

095

REFERENCIAS

- ACHÁVAL, A. (s.f.). *Derecho y psiquiatría*. Recuperado el 9 de agosto de 2009. Disponible en: www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-5/tema-1.htm
- Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. (1989). Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales. *Médicos, Pacientes, Sociedad*. Buenos Aires: APAL.
- BROWN, P.; HARTFIELD TIMAJCHY, K. y HU, J. (2003). Antropología Médica. *Antropología Social. Selección de lecturas* (pp. 96-100). La Habana: Editorial Félix Varela.
- DESVIAT, M. (2001). *Ética y Psiquiatría*. *INTERPSIQUIS*. Recuperado el 3 de septiembre de 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202007000200002&lng=es&nrm=iso
- GONZÁLEZ MELÉNDEZ, R. (2007). Introducción. *Regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos de la salud mental en Cuba*. La Habana: Sociedad Cubana de Psiquiatría.
- HARLEM BRUNDTLAND, G. (2005). Salud Mental en siglo XXI. *Revista Futuros*, 11(3).
- HERNÁNDEZ FIGAREDO, P. (s.f.). Psiquiatría y ética médica. Recuperado el 9 de agosto de 2009. Disponible en: [//bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2007/n20/pdf/hmc010207.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2007/n20/pdf/hmc010207.pdf)
- JIMÉNEZ GARROTE, J.L. (2007). Fundamentación ética en el paciente psiquiátrico. *Primer Taller sobre Esquizofrenia del Sanatorio San Juan de Dios*. Ciudad de la Habana, Cuba.
- *Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*. (1990, nov. 1114). Recuperado el 19 de octubre de 2008. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.ve/lista.asp?sec=190700>
- RISCO, C. (1996). *Principios fundamentales de la ética psiquiátrica*. Manual del residente. [CD-ROM]. AMA.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M.A. (1996). El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, 2, 78-96.
- SIMÓN LORDA, P. y JUDEZ GUTIÉRREZ, J. (2001). Consentimiento Informado. *Medicina Clínica*, 117(3).
- SIMÓN LORDA, P.; RODRÍGUEZ SALVADOR, J.J.; MARTÍNEZ MAROTO, A.; LÓPEZ PISA, R.M. y JUDEZ GUTIÉRREZ, J. (2001). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Bioética para clínicos*. *Medicina Clínica*, 117(11).
- Sociedad Cubana de Psiquiatría. (2007). *Regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos en la salud mental en Cuba*. La Habana: MINSAP.