



FLACSO
ARGENTINA

ÁREA DE ÉTICA, DERECHOS Y BIENES PÚBLICOS GLOBALES

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Ley nacional de Salud Mental (26657). Una lectura bioética del cumplimiento de sus objetivos en el ámbito público de la Ciudad de Buenos Aires.

Tesista/Estudiante/Autor: Germán Bercovich

Director/a de Tesis: Dra. Gisela Farías

Tesis/ trabajo final para optar por el grado académico de Maestría en Bioética

Fecha: (18/09/2018)

Índice

1- Introducción (páginas 3-4)

2- Reflexiones sobre la *Autonomía* en la Ley de Salud Mental (26657)(páginas 5 a 15)

2.1 Aproximación al concepto bioético de Autonomía

2.2 Un objetivo de la Ley de Salud Mental (26657): Mayor protección del principio de autonomía para los pacientes

3- Reflexiones sobre la concepción de *Beneficiencia* en la Ley de Salud Mental (26657) (páginas 15 a 17)

3.1 Aproximación al concepto bioético de Beneficencia

3.2 Un objetivo de la Ley de Salud Mental (26657): Mayor protección del principio de beneficencia para los pacientes

4- Una mirada sobre el *Paternalismo* en la Ley de Salud Mental (26657) (páginas 18 a 22)

4.1 Breve referencia al concepto bioético de paternalismo médico

4.2 Un objetivo de la Ley de Salud Mental (26657): Revertir el paternalismo fuerte

5- El consentimiento informado como protector de la autonomía (páginas 22 a 27)

6- Algunas conclusiones preliminares (páginas 27 a 28)

7- La articulación entre el consentimiento informado del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y los objetivos de la Ley de Salud Mental (26657) (páginas 28 a 48)

7.1 La disposición médica al diálogo

7.2 Definiendo un modelo de relación paternalista

7.3 Algunas disposiciones legales sobre consentimiento informado en niñas, niños y adolescentes

7.4 Ausencia del asentimiento

8- Dentro del Hospital Tobar García: La palabra de los profesionales (páginas 48 a 55)

8.1 El análisis de los testimonios

9- Conclusiones (páginas 56 a 58)

10- Bibliografía (páginas 59 a 62)

Resumen:

En el presente trabajo se aborda, desde una lectura bioética, el cumplimiento de uno de los objetivos centrales de la Ley de Salud Mental 26657: la ganancia de los principios de autonomía y beneficencia para los pacientes, a expensas de un menor paternalismo médico. En el desarrollo, se realiza un recorrido teórico que da cuenta de un gran consenso sobre el éxito obtenido por la Ley en los puntos mencionados. Aún así, la motivación de la presente investigación nace de un hecho inquietante: la redacción de la Ley de Salud Mental no incluye en su articulado la necesidad de reformular los consentimientos informados. La falta de esta renovación produce una incógnita. Se demuestra en la tesis que hay una intensa conexión entre el modo de conducir el consentimiento informado y el grado de autonomía que ejercen los pacientes. Se ha analizado, entonces, el consentimiento informado del GCBA y también la forma de en la que impacta este documento en la práctica cotidiana de un Hospital de Salud Mental: el Tobar García. Encontramos, entonces, que no haber reformulado el consentimiento informado oficia de denso contrapeso a la meta de ganancia de autonomía para los pacientes al que aspira la Ley.

I- Introducción

El 25 de noviembre de 2010 se sancionó en la República Argentina, promulgándose siete días más tarde, la Ley 26657, denominada *de Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Fue reglamentada en 2013, mediante el decreto 603-2013 del 28 de mayo. Recibió apoyo explícito de la Organización Panamericana de la Salud, y de la Organización Mundial de la Salud..

La Ley tiene, como tendencia marcada, el intento de generar un espacio de autonomía mayor para los pacientes, confiando en que este movimiento impactará beneficiosamente en sus trayectos terapéuticos. Nos encontramos, entonces, y a partir de las premisas mencionadas, con que un prisma bioético resulta adecuado para leer rigurosamente esta intención. La motivación de la presente investigación nace de un hecho inquietante: la redacción de una Ley de Salud Mental que, aspirando a una mayor autonomía para los pacientes, no incluye en su articulado la necesidad de reformular los consentimientos informados. En un análisis primero, impresiona como una incongruencia. Nuestra búsqueda apuntará a confirmar esa idea, es decir, que no es posible lograr mayor autonomía para los pacientes sin rediseñar el consentimiento informado. Si se produjera esta conclusión, iría en contra de una opinión generalizada respecto a la eficacia lograda de la Ley.

En el presente trabajo se analizarán, entonces, algunas derivaciones bioéticas de la Ley de Salud Mental, y se abordarán dilemas éticos que surgen de la aplicación de la Ley dentro del ámbito

público de Salud Mental, en la Ciudad de Buenos Aires. Arribaremos a algunas conclusiones respecto a los efectos reales que tiene la Ley de Salud Mental , especialmente, vinculados con los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y paternalismo médico. Intentaremos, como primera medida, definir estas nociones bioéticas. Luego, nuestra intención será reflejar que la redacción de la Ley incluía, como objetivo primordial, el impacto en la autonomía, la beneficencia, y en especial en el paternalismo médico. Veremos que estas metas aparecen como cumplidas desde diversas ópticas especializadas. Finalmente, observaremos si existe compatibilidad entre la propuesta de autonomía de la Ley, y la práctica de Salud Mental en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, nos valdremos del análisis de los roles que impulsa el consentimiento informado del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como ejemplo válido en este punto, por ser uno de los principales centros poblacionales del país. Y pondremos la mira en un funcionamiento institucional afectado por este consentimiento, evaluando, a través de la palabra de algunos profesionales, si las consecuencias reales de la aplicación de la Ley en el Hospital Tobar García derivaron en el impacto citado y buscado; es decir, mayor autonomía para los pacientes, menor carga de paternalismo médico, y por lo tanto, mayor protección del principio de beneficencia para los enfermos.

El Tobar García es el único monovalente de Salud Mental Infanto Juvenil en el territorio nacional. Como tal, y al igual que los Hospitales Borda y Moyano, se constituyen en Instituciones donde la Ley adquiere una resonancia especial, pues entre sus recursos está, como característica distintiva, el poseer un Sector de Internación que se determina como un recurso central en la estructura de Salud pública de la Ciudad de Buenos Aires.

Se han mantenido conversaciones con diferentes profesionales del Hospital Tobar García (Internación, Guardia, Consultorios Externos, Hospital de Día) a propósito de la evaluación que realizan sobre la incidencia de la Ley de Salud Mental en la dinámica de trabajo institucional. El análisis de los testimonios será una medida valiosa para evaluar si, en la cotidianeidad de la tarea, la Ley de Salud Mental alcanza o se acerca a los objetivos éticos que se promovieron en su redacción.

2- Reflexiones sobre la *Autonomía* en la Ley de Salud Mental (26657)

En este apartado abordaremos uno de los objetivos centrales de la Ley: la asignación de un mayor margen de autonomía para los pacientes. Inicialmente, nos adentraremos en la definición del principio de autonomía, según la propuesta de Beauchamp y Childress (1999). Luego, prestaremos atención a cómo la letra de la Ley persigue la meta mencionada, y a diversos testimonios que reflejan la consecución de este logro.

2.1 Aproximación al concepto bioético de *Autonomia*

Partiremos de la teoría de los principios enunciada por Beauchamp y Childress en su “Principle of Biomedical Ethics”, que se focaliza en las cuestiones éticas dentro del ámbito biomédico. Los principios que los autores delimitan son, en realidad, cuatro: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia, pero en el presente trabajo nos centraremos en los dos primeros.

La causa por la cual recortaremos el análisis en estos dos principios es simple. Consideramos que la

Ley, como hemos dicho, busca eminentemente incrementar la autonomía de los pacientes, resultando en su beneficencia.

El Licenciado en Medicina y Cirugía, y Doctor en Teología Moral, Pablo Requena Meana (2005), agrega que el intento que prima en el texto es generar un sistema para casos difíciles, al que puede arribarse desde diferentes posiciones filosóficas. Por su parte, Beauchamp y Childress (1999) explican que los cuatro principios se encuentran al mismo nivel de importancia, no pudiéndose decir a priori que uno tenga prevalencia sobre otro, “En este libro consideramos que las normas ponderadas- principios, reglas, derechos y similares- son *prima facie*, y no normas absolutas ni reglas de prioridad ni reglas ordenadas jerárquicamente (p.29). Luego, ya sobre el análisis particularizado del caso, y frente al surgimiento de conflictos, llegaría el momento de evaluar la primacía de uno u otro. Los principios son entonces, como dijimos, *prima facie*, es decir, que obligan en un inicio a su aplicación, pero que pueden ser revisados, conformándose en en una guía de acción normativa que determina si un acto es permisible, obligatorio, correcto o incorrecto.

Hablaremos ahora, entonces, del principio de autonomía. Beauchamp y Childress (op.cit., p114) expresan, para delimitar el concepto, que:

Una persona autónoma actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas de acción. Sin embargo, una persona con un déficit de autonomía, o es controlada por otros al menos en algún aspecto de la vida, o es incapaz de reflexionar y actuar en función de sus propios deseos y planes. Las personas institucionalizadas, como los presos y los deficientes mentales, tienen menos autonomía. La incapacidad mental limita la autonomía de los deficientes y la institucionalización obligatoria disminuye la de los presos.

Para pensar las acciones autónomas, los autores explican que se analizan en función de sus agentes, quienes actuarán “a) intencionadamente; b) con conocimiento, y c) en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y delimitar el acto” (op. cit., p.116). La primera de estas tres condiciones no puede graduarse; las acciones o son intencionales, o no. Esto es diferente para las otras dos, que pueden encontrarse más o menos intensamente, desde una presencia total a una ausencia absoluta. Esto determina *grados* de autonomía, definidos en función del modo en el cual se determinen estas dos condiciones.

Beauchamp y Childress (op.cit, p 114) consideran que una acción autónoma puede alcanzar esa cualidad sólo con cumplir cierto grado de conocimiento y autonomía, es decir, que no es preciso que estas variables se cumplan absolutamente. Aclaran, además, que la autonomía ideal es una utopía; esto es, que los actos totalmente autónomos son de pocos a ninguno, y que la medida de la suficiencia o insuficiencia de la autonomía puesta en juego por un agente debe ser evaluada en contexto. Es decir, que las situaciones y circunstancias son determinantes para concluir en la cantidad de autonomía que manejan los agentes.

Un aspecto que es útil consignar claramente en función de los objetivos de esta tesis, es que, para los autores, autonomía y autoridad son compatibles; hay un ejercicio de la autonomía que consiste en la decisión de dar curso a la orientación recibida por una institución, tradición o comunidad a la cual se le reconoce sapiencia en determinada área. Una aclaración que se hace en el texto, en este sentido, es que (p.117):

En el ámbito de la medicina se plantean muchos problemas de autonomía debido al carácter dependiente del paciente y la posición autoritaria del profesional sanitario. En algunos casos, la autonomía y la autoridad son

incompatibles, pero no porque ambos conceptos sean intrínsecamente incompatibles. El conflicto surge cuando la autoridad no ha sido debidamente delegada o aceptada.

La idea de que delegar autoridad es una puerta para ejercer la autonomía, permite a Beauchamp y Childress introducirse en la consideración sobre el respeto al agente autónomo. Este respeto, como base, implica aceptar su derecho a tener opiniones propias, criterios de elección particulares, y a accionar en el mundo siguiendo escalas de valores personales. Se observa un énfasis no sólo en la omisión en los asuntos ajenos, sino en “asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto” (op. cit., p.118). Los autores especifican que brindar la información necesaria, y asegurar la comprensión de ella, es fundamental para favorecer la toma de decisiones. O sea, los pacientes deben encontrarse idealmente en una situación tal que puedan abandonar la dependencia, y empoderarse de las herramientas para poder diseñar su futuro terapéutico. Señalan Beauchamp y Childress (op. cit., p 119) que “...tanto los aspectos positivos como los negativos de este principio indican que para respetar hay que fomentar y velar por los intereses de las personas”.

Finalmente, el texto remarca de que la obligación de respetar la autonomía no incluye a las personas no autónomas, aquellas que “por inmadurez, incapacidad, ignorancia, coercimiento o explotación, son incapaces de actuar de una forma suficientemente autónoma” (op.cit., p.120). Ejemplos de este grupo son los niños, los suicidas irracionales, y los drogadictos.

2.2 Un objetivo de la Ley de Salud Mental (26657): Mayor protección del principio de autonomía para los pacientes

La Ley de Salud Mental propone una variación, en términos de ganancia, del nivel de autonomía de los pacientes. Este es un sentido buscado por aquellos que protagonizaron la redacción de la Ley, y diversos analistas encuentran, a este sentido, logrado en el articulado. Lo que se intentará en este capítulo es presentar una serie de reflexiones que reflejan, justamente, la visión de que la Ley consiguió el mayor margen de autonomía que buscaba su letra. Dar por probada la mayor autonomía para los pacientes, es dar por probada una mayor beneficencia (entendida desde los objetivos de la reglamentación) y una disminución del paternalismo médico. Es importante, para esta investigación, dejar en claro que esta convicción existe en parte importante del ámbito académico y profesional, pues el núcleo de nuestro desarrollo (la laguna que deja la falta de un nuevo consentimiento informado) apunta a confrontar con ella.

El proyecto original de la Ley fue diseñado por el Licenciado en Psicología y ex Diputado nacional Leonardo Gorbacz (2008), de quien recortaremos algunas opiniones que den cuenta de los objetivos apuntados, más allá de los expuestos en la letra misma de la Ley:

-“Las personas que se trataban como objetos que el Estado protegía privándolos de sus derechos pasan a considerarse sujetos con derecho a decidir y a vivir en comunidad” (2008)

- “Sería una garantía más para los pacientes para que (...) haya condiciones de internación apropiadas. Un profesional tiene que entender que no puede decidir sobre la libertad de un paciente” (2008)

-“Existen condiciones favorables para avanzar con una ley que impulse modificaciones en el sistema, dejando atrás la política con eje en la institución de internación monovalente” (2009)

- “En qué consiste la Ley de Salud Mental y las políticas que se han comenzado a implementar desde el Ministerio de Salud de la Nación a partir de su sanción? En desmontar el aparato represivo que se ha montado, a través de la historia, sobre las prácticas en Salud Mental. Ni más ni menos que eso” (2011).

Yago Di Nella (2011) es Licenciado en Psicología, y fue Director de Salud Mental y Adicciones, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, durante el proceso de confección y promulgación de la Ley. Citaremos sus palabras a continuación:

“Tenemos una tradición en el campo de la salud mental de la eliminación del carácter de sujeto de derechos de la persona con padecimiento. Y es así como se enseña en la universidad, se trasmite en el campo de las residencias y así podríamos seguir. Es decir, tenemos una cultura de la eliminación del sujeto de derechos en tanto es ubicado en el lugar de paciente”.

Las abogadas y docentes de la UBA, Julia Canet y C. Mazeo (2016) , en tanto, analizan que:

“En el terreno de la salud mental, el reconocimiento de la autonomía de la voluntad del paciente se vio históricamente mucho más restringido de lo que ya lo estaba para aquel cuya dolencia no era de carácter mental. En este sentido, la sanción de la Ley de Salud Mental constituyó un enorme avance, en tanto consagra el «modelo de la salud mental y la discapacidad» fundado en los derechos humanos, que se orientaría hacia la construcción de una salud mental comunitaria basada en la desmanicomialización, y, es de desear, en la desmedicamentación del usuario de salud mental”

La Abogada y Máster en Derecho Penal Valeria Vegh Weis (2011) explica, sobre las consecuencias de la Ley, que

La verdadera atención es a largo plazo. Es la mano que está presurosa a sostener pero con la suficiente

10

distancia para que el primer intento sea el de la autonomía del paciente. Es el acompañamiento, no la sustitución de la voluntad.

Las Licenciadas en Psicología e investigadoras Barrenechea, Oberman, y Tallarico (2011) leen el efecto de la Ley, en cuanto a la autonomía del paciente, de esta manera:

Esta Ley tiene sus fundamentos en los derechos humanos y tiende asimismo a la protección de ellos, los cuales se encontraban avasallados (...) El cambio de paradigma jurídico implica el pasaje de tratar a alguien como objeto a tratar a alguien como sujeto...

En la página oficial del CELS (2010), en tanto, puede relevarse que

El Senado aprobó anoche por unanimidad la ley de Salud Mental, que garantiza el reconocimiento de la autonomía de las personas con padecimientos mentales y su capacidad para decidir sobre el tratamiento que deben recibir. Esta ley representa un gran paso adelante en la protección de los derechos humanos de un grupo que ha sido históricamente invisibilizado.

Los Dres. López, Mercurio, y Silva (2017), psiquiatras y docentes, realizan el siguiente análisis,

En la actualidad transitamos un cambio de paradigma con relación a la mirada sobre la autonomía, la competencia, la capacidad para tomar decisiones sobre la salud en las personas con padecimientos mentales (...) Dentro de la legislación actual sobre autonomía (...) se destacan (...) la Ley Nacional sobre Salud Mental (ley 26657) (...) las personas internadas no pierden per se su autonomía y capacidad. Esto se encuentra previsto específicamente en la LNSM, mediante las internaciones voluntarias, donde el paciente encontrándose con la autonomía psíquica suficiente, y luego de la evaluación interdisciplinaria, firma el consentimiento informado decidiendo su internación (arts. 16 y 17 de la LNSM)..

Cáceres, Granja, Osella y Percovich (2017) plantean que “la Ley Nacional de Salud Mental (...) se basa en los siguientes fundamentos (...): Autonomía individual e independencia” y agrega como un logro de la legislación que “A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental ha ocurrido que en algunos casos, afortunadamente, se ha logrado revisar y revertir las declaraciones de incapacidad de personas que hoy pueden vivir nuevamente con plena capacidad de ejercicio de sus derechos”.

El Licenciado en Psicología y Magíster en Administración Pública, Martín de Lellis (2014) toma posición respecto a que “La ley nacional de salud mental (...) expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas (...) en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas” y afirma que la Ley realiza su principal aporte “al procurar el aseguramiento de los derechos de la persona, al consentimiento libre e informado, a la elección del tratamiento, a la confidencialidad, a no ser sometido a experimentaciones científicas, a establecer directivas anticipadas sobre decisiones vinculadas a las secuelas del tratamiento, a la privacidad que todo acto terapéutico exige como condición”, y agrega, además, que esto representa un “muy importante avance respecto del estadio anterior en el cual tales derechos se veían omitidos o vulnerados de forma casi absoluta”.

Las abogadas e investigadoras de la U.N. de Córdoba, Andrea Kowalenko y Diana Valor (2016) sostienen que el principio de autonomía “aparece a través de todo el articulado de la Ley Número 26.657” , y señalan los artículos en los cuales lo ven más explícitamente, a saber: en el artículo 7, inciso f (al hablar del “Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso”), en el inciso k (cuando establece “Derecho de poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su

tratamiento dentro de sus posibilidades”), dentro del inciso m (donde se lee “Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente”); también marcan el artículo 18 (“La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación...”), y el artículo 29 (“ ...son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre tratamiento o limitación indebida de su autonomía...”). Para las autoras, “se considera al principio del consentimiento informado como la condición necesaria para que prime el principio de autonomía”. Dentro de la Ley, refieren, este principio se ve plasmado claramente en “el art. 7 inc. j al disponer ”... Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales...”; el art. 10 que expresa “Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley”; el art. 16 cuando dispone los requisitos para la internación exige en el inc. C “...el consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará inválido si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde,....En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.; el art. 30 que al tratar de las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realice fuera del ámbito comunitario donde vive la persona...Tanto el servicio o institución de procedencia... están obligados a informar dicha derivación al órgano de revisión, cuando no hubiese consentimiento de la

persona.”

Agrego, a esta enumeración, algunas otras líneas que dan cuenta del interés en preservar la autonomía del paciente. El artículo 3, cuando se especifica que “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. En el artículo 5 se advierte que “La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”. En el artículo 7 inciso j, se intenta que el paciente pueda contar con las herramientas informativas para decidir sobre sus procesos terapéuticos, al estipular que tiene “Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales”. En el artículo 10 se indica que “Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión”. El artículo 42 dispone que “Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de 3 años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible”.

El Decreto reglamentario 603/13 del 29 de mayo de 2013, que se aplica sobre la Ley 26657, estipula sobre el inciso k del artículo 7 que “Todo paciente, con plena capacidad o sus representantes legales en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental,

pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o terceros”. En la reglamentación del artículo 20 se explicita que “Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento”. En la del artículo 22, se deja asentado que “En el ejercicio de la asistencia técnica, el abogado defensor, público o privado, debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento”.

Este recorrido apunta a mostrar entonces, que la ganancia de autonomía para los pacientes es un objetivo de la Ley de Salud Mental, y que esta meta aparece como lograda en los análisis que desde diferentes sectores se realiza sobre el funcionamiento de la Ley.

3- Reflexiones sobre la concepción de *Beneficencia* en la Ley de Salud Mental (26657)

En el siguiente desarrollo marcaremos un camino similar al del capítulo anterior. Es decir, reflejaremos, al inicio, lo expuesto por Beauchamp y Childress respecto al principio bioético de beneficencia. Luego, mostraremos que el texto de la Ley aspira a impactar en una mayor solidez de este principio.

3.1 Aproximación al concepto bioético de Beneficencia

Primero, delinearemos el principio de beneficencia según lo plantean Beauchamp y Childress. “La moralidad requiere no sólo que tratemos a las personas de manera individual y nos abstengamos de hacerles daño, sino también que contribuyamos a su bienestar. Tales acciones humanitarias se encuadran dentro del epígrafe de beneficencia (...) los sujetos deben dar pasos positivos para

ayudar a otros, y no únicamente abstenerse de realizar actos perjudiciales” (op. cit., p245).

El principio de beneficencia se refiere, así, a la obligación moral de actuar en beneficio de otros.

Los autores (op.cit., p248) enuncian una serie de reglas mantenidas por el principio, es decir, unas reglas de beneficencia:

- 1- Proteger y defender los derechos de otros
- 2- Prevenir que suceda algún daño a otros
- 3-Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros
- 4- Ayudar a las personas con discapacidades
- 5- Rescatar a las personas en peligro.

Sobre estos cinco puntos, la enunciación es clara respecto a que “Cualquier persona que se encuentre dentro de las cinco condiciones de nuestro análisis de la obligación general de beneficencia tiene la obligación de ofrecer tanta ayuda como se pueda proporcionar”(op.cit., p247).

Beauchamp y Childress diferencian entre una forma general y una específica de beneficencia (op.cit, pp 249 y 250). La primera se encuentra encuadrada, a grandes rasgos, en los ítems descritos, y adolece de un grado alto de discrecionalidad, compuesto, entre otros factores, por la intersección que puede darse entre caridad y obligación; es decir, hasta dónde debemos realmente ayudar, con qué costos o sacrificios personales, y qué grado de lazo afectivo debemos tener con aquellos a quienes ayudamos. La forma específica de beneficencia reduce esta discrecionalidad. Sus obligaciones se apoyan en relaciones morales concretas y puntuales (familiares, amistades),

compromisos explícitos, promesas, y funciones con responsabilidades asistenciales. Esta variante de la beneficencia específica es la que nos convoca en el presente escrito. Los autores explican que se encuentra presente una “asunción implícita de beneficencia que existe en la profesión médica y en otras profesiones sanitarias, y sus contextos institucionales. La promoción del bienestar de los pacientes, no únicamente la evitación del perjuicio, expresa el objetivo, la razón fundamental y la justificación de la medicina”. Juan Carlos Siurana Aparisi (2010), Doctor en Filosofía , explica, en este sentido, que “...cuando Beauchamp y Childress hablan del principio de beneficencia, no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina”.

3.2 Un objetivo de la Ley de Salud Mental (26657): Mayor protección del principio de beneficencia para los pacientes

Es una obviedad afirmar que la confección de la Ley busca, en líneas generales, ejercer un efecto de beneficencia sobre los pacientes, a la vez que dar a los profesionales de la salud un marco legal e instrumental para poder “promover el bienestar de los pacientes”. La beneficencia que busca la Ley está apoyada, especialmente, en la autonomía creciente de la cual gozarían a partir de su implementación.

Kowalenko y Valor (2016) observan que la Ley de Salud Mental refleja el principio de beneficencia en el art. 7 inc. c) “Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos”; en el inc. d) “Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”; en el inc. f) “Derecho a recibir o rechazar asistencia o

auxilio espiritual o religioso” y en el inc. h) “Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión”.

El efecto buscado en la confección de la Ley es, para estas autoras, contundente en cuanto a la beneficencia: “se introducen en la letra de la ley el reconocimiento de los principios bioéticos y derechos humanos de las personas privadas o debilitadas en su salud mental”.

4- Una mirada sobre el *Paternalismo médico* en la Ley de Salud Mental (26657)

Una vez entendidas las nociones de autonomía y beneficencia, identificaremos de mejor manera el movimiento de reversión de poder al que la Ley apunta. El paternalismo médico, ámbito de interés de la bioética, se inserta en la articulación entre autonomía y beneficencia. Explicaremos, en este capítulo, qué implica este concepto. Y mostraremos también cómo la Ley determina, desde su intención, una re distribución del poder de decisión sobre los tratamientos.

4.1 Breve referencia al concepto bioético de Paternalismo médico

En nuestra explicación sobre los principios de autonomía y beneficencia, hemos dejado pendiente un punto de importancia: cómo decidir cuando ambos principios entran en conflicto. Esta colisión da lugar a un tema fundamental dentro del desarrollo de los principios: el paternalismo médico. Para Beauchamp y Childress, el paternalismo consiste, básicamente, en que alguien se desentienda de las preferencias de otra persona, con la base de beneficiarla o evitarle daños (op.cit., p260): “...el paternalismo es la desautorización intencionada de las preferencias o acciones conocidas de una

persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción con el propósito de beneficiar a o evitar el daño a la persona cuya voluntad está desautorizando”.Explican que (op.cit, p259) “El paternalismo siempre implica cierta forma de interferencia con, o rechazo a amoldarse a las preferencias de otra persona en relación con su propio bienestar. Los actos paternalistas típicamente implican, por un lado, fuerza o coerción, y por otro, engaño, mentira, manipulación de la información, o no revelación de la misma”. Tradicionalmente, según refieren los autores, los médicos han comandado todo lo atinente a las necesidades y cursos de los tratamientos de sus pacientes. En los últimos treinta años este mando exclusivo se ha encontrado con un obstáculo, compuesto por las declaraciones de derechos de los pacientes a tener un criterio propio, diferenciado del médico, sobre su destino terapéutico. De esta manera, si la autonomía de los pacientes es prioritario por sobre la beneficencia profesional, o viceversa, ha ido transformándose en un problema fundamental de la ética biomédica. Beauchamp y Childress diferencian, así, entre un modelo de autonomía y uno de beneficencia, y explican que (op.cit., pp258-259) “la beneficencia ofrece la meta primaria y la razón fundamental de la medicina y la atención sanitaria, mientras que el respeto a la autonomía (...) fija límites morales a las acciones profesionales tras la búsqueda de esa meta”.

Los autores, además, incluyen la distinción, planteada por Joel Feinberg, entre paternalismo débil y fuerte. En el primero, señalan, la intervención llega para prevenir una conducta involuntaria, apoyándose en la beneficencia o no maleficencia. En tanto, el paternalismo fuerte implica intervenciones dirigidas a beneficiar a una persona, aunque las decisiones de ésta sean informadas, y absolutamente voluntarias y autónomas (op.cit., p263): “Un paternalismo fuerte rechaza

conformarse con los deseos, las decisiones y las acciones autónomas de una persona, con vistas a protegerla, a menudo restringiendo la información disponible para esa persona e invalidando sus decisiones informadas y voluntarias”.

Beauchamp y Childress analizan también tres posiciones que han primado sobre la justificación del paternalismo. Estas son el anti paternalismo, un paternalismo justificado, que se asienta en el respeto de autonomía, y un paternalismo justificado que apela al principio de beneficencia. Las tres posiciones acuerdan en la pertinencia de algunas formas del paternalismo débil, (op.cit., p263) “...tales como evitar que un sujeto, bajo la influencia de una droga alucinógena, se suicide. Incluso los antipaternalistas no pondrán objeciones a estas intervenciones dado que no están en juego acciones esencialmente autónomas”) y también resulta consensuada la posición del rechazo al paternalismo fuerte. El anti paternalismo sostiene la postura de que el paternalismo fuerte configura una violación de los derechos individuales, y encuentra apoyo en tres ideas claves: primera, el paternalismo deriva en el trato desigual a los sujetos, y en la violentación de su autonomía. Segunda, otorgar autoridad paternalista al Estado, o a un grupo de individuos como los médicos, es peor que no otorgársela. Y tercero, si el paternalismo sirviera de soporte para la adopción de políticas, resultaría difícil limitar este tipo de intervenciones, si es que se tiene el objetivo de no desembocar en una sociedad sumamente despótica.

Beauchamp y Childress también definen intervenciones de paternalismo fuerte que podrían estar justificados. Es importante la aclaración de que no defienden políticas globales, estructurales, de paternalismo fuerte, pero sí actos puntuales debidamente justificados. En este sentido, los preceptos que podrían hacer justificada una acción vinculada al tipo fuerte de paternalismo serían, según ellos

(op.cit, p268): 1. “Que el paciente esté expuesto al riesgo de un daño significativo y evitable. 2. Que la acción paternalista evite probablemente ese daño. 3. Que los beneficios proyectados de la acción paternalista para el paciente sobrepasen los riesgos para el citado paciente. 4. Que se adopte la alternativa menos restrictiva de la autonomía que asegure los beneficios y reduzca los riesgos”.

4.2 Un objetivo de la Ley de Salud Mental (26657): Revertir el paternalismo fuerte

La Ley de Salud Mental intentó, desde su creación, afectar una posición de paternalismo fuerte, según el juicio que hacían quienes la redactaron. Gorbacz y Di Nella, recordemos, hacen hincapié, entre otras, en la dimensión de la restricción de la libertad del paciente internado, y en las decisiones que se toman al respecto, por sobre la voluntad del enfermo. Repasando algunas de sus declaraciones; Gorbacz: “Deberíamos asistir a un aumento de la accesibilidad a tratamientos que no coarten el derecho básico de la libertad..”; “Las personas que se trataban como objetos que el Estado protegía privándolos de sus derechos pasan a considerarse sujetos con derecho a decidir...”; “...Un profesional tiene que entender que no puede decidir sobre la libertad de un paciente”; “En qué consiste la Ley de Salud Mental (...)? En desmontar el aparato represivo que se ha montado...”. Di Nella: “tenemos una cultura de la eliminación del sujeto de derechos en tanto es ubicado en el lugar de paciente”. Es decir, desde la interpretación del discurso de Gorbacz y Di Nella, la Ley de Salud Mental restituye una autonomía que es preciso conservar, en ocasiones, en esos pacientes, y que les había sido históricamente violentada por un paternalismo fuerte injustificado. La aclaración “en ocasiones” obedece a que la Ley mantiene la posibilidad de las internaciones involuntarias. Es decir, admite que la autonomía no es respetable en todos los momentos de la vida del paciente. Con lo cual podría inferirse que lo que Gorbacz y Di Nella

plantean es que, antes de la promulgación de la Ley, el uso del paternalismo fuerte se apoyaba en una cuestión de tradición sobre dónde colocar el poder en el vínculo médico- paciente.

Todo el recorrido que hemos hecho sobre la presencia del principio de autonomía en la Ley es, también, un recorrido que da cuenta de la intención de denunciar una relación entre médicos y pacientes teñida por el paternalismo fuerte, sin justificación alguna. La Ley, situando a la mayor autonomía de los pacientes como un objetivo primordial, intenta poner en evidencia una situación que se propone como injusta, y busca revertirla. Si observamos los extractos que hemos hecho de diversos estudiosos sobre el tema, en el apartado sobre *autonomía*, veremos plasmada la idea de una profunda diferencia entre dos etapas. Una anterior a la Ley, donde se arrasaba, precisamente, la autonomía de los pacientes, y una posterior, que equilibra esta relación de poder.

5- El consentimiento informado como protector de la autonomía

Según lo expuesto hasta el momento en este recorrido, hay una intención decidida, en la letra de la Ley, para aumentar la autonomía de los pacientes. Esta intención debe encontrar puntos de soporte prácticos para filtrarse en la práctica. Encontramos la apelación repetida a la autonomía de los pacientes como un enunciado válido, pero que es preciso evaluar en la realidad. Existe una instancia que nos convoca a realizar una mirada particularizada sobre ella, pues surge, para los objetivos de este trabajo, como posible analizador de la variación en la autonomía de los pacientes, desde la vigencia de la LNSM . Nos referimos al consentimiento informado.

Volvemos a referir, inicialmente, dos ideas, ya presentadas, que dan cuenta de la articulación entre la noción de autonomía, y el consentimiento informado. Beauchamp y Childress destacaban, para el

consentimiento informado, el objetivo de “asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto” (p118). Kowalenko y Valor (2016), en tanto, consideran “al principio del consentimiento informado como la condición necesaria para que prime el principio de autonomía”.

El auspicio que un uso operativo del consentimiento informado produce para incrementar la autonomía se encuentra ampliamente abordado. Haremos un breve desarrollo de algunas exposiciones que concluyen en esta idea.

Los Doctores Lara y De la Fuente (1990) señalan que “Para que una persona pueda hacer uso de su autonomía, debe ser tratada con respeto. Esto significa que debe solicitarse su consentimiento para cualquier maniobra que se vaya a efectuar y evitarse toda coerción, incluso el paternalismo (...) si las acciones del médico giran alrededor del respeto por la autonomía del paciente, le proporcionará toda la información necesaria antes de tomar una decisión.”. En el caso de los niños, su posición es que “La evaluación continua es fundamental y, en su caso, tanto los padres como los médicos deberán restringir su conducta paternalista y permitir que sus hijos o pacientes tomen algunas decisiones, dependiendo de su evolución”. Los autores realizan una interesante distinción entre formas posibles de exponer el consentimiento informado, escrita o bien mediante un intercambio verbal favorecedor de planteo de dudas, repreguntas, etc. Y ejercen una fuerte crítica a la variante del formulario escrito, aduciendo que “con frecuencia no cumple el objetivo de dar información al paciente. Los pacientes leen y firman estos impresos, pero muchas veces no recuerdan después lo que leyeron, o ni siquiera haberlo leído”. En esta perspectiva, el documento se transforma más en un movimiento del profesional para cierto resguardo legal, que en un efectivo ejercicio de

comunicación. En los casos de urgencia esta interpretación sobre la utilidad del consentimiento informado adquiere mayor sustento, pues el firmante suele no tener la claridad cognoscitiva para comprender eficazmente aquello que lee. Y más aún, explica el texto, cuando “Con frecuencia estos formularios emplean un lenguaje cuya comprensión requiere que el nivel educativo del paciente sea elevado; en otras ocasiones, la información que presentan es incompleta o bien muy extensa, y realmente no se entiende”. En este mismo sentido marcha la advertencia que realizan los Dres Castellanos, López, García y Caballé (2009): “El consentimiento informado 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, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los 3 niveles de atención. No se utilizará terminología médica a menos que sea imprescindible, en caso de ser necesaria, el investigador deberá explicarle al sujeto su significado. El lenguaje utilizado será práctico, sencillo, directo y comprensible para los sujetos de cualquier nivel de escolaridad. La única fórmula válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación. El documento firmado no debe ser nunca el centro ni la finalidad del proceso del consentimiento. Como procedimiento no consta solo de información verbal transmitida a los participantes en una investigación clínica, sino además un documento escrito donde se le señalen al paciente todos los aspectos o elementos obligados que aseguren el conocimiento en forma real de los riesgos y beneficios que el estudio signifique”

Islas Saucillo y Muñoz (2000) evalúan que “Para obtener el consentimiento, consenso o autorización de un paciente en estudio clínico, procedimientos diagnósticos y de tratamiento o rehabilitación, deberá tomarse en cuenta su capacidad de auto determinación, para lo cual se debe

informar, en términos sencillos, en qué consiste su padecimiento, el procedimiento que se va a realizar, el motivo o la necesidad de ello, las consecuencias o riesgos que puedan esperarse y los procedimientos opcionales, sus ventajas y desventajas. Sólo de esta forma actuamos éticamente; de otra manera estamos atentando contra el derecho del paciente a decidir sobre su propia vida, tanto en los aspectos físico y moral, como en los aspectos social y laboral.” (p271). En cuanto a la posición en la cual queda el niño o adolescente, los autores mantienen una visión asociada a la citada en el estudio anterior, En caso de los menores de edad o de personas con incapacidad mental, deberá solicitarse el consentimiento informado a los padres, tutores o representantes legales; sin embargo, si el menor de edad es capaz de valorar realmente la situación, deberá también tomarse su opinión” (p272).

Los Doctores Cañete, Guilhem y Brito (2012) coinciden en describir el fuerte vínculo que existe entre un adecuado uso del consentimiento informado y la apertura de la autonomía para los pacientes: “el consentimiento informado permite garantizar la autonomía, la auto determinación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica”.

El Comité de Ética de Cataluña publicó en 2002 una “Guía sobre el consentimiento informado” (que constituyó una revisión de la original, escrita en 1997) donde se ponen de manifiesto muy claramente varias ideas que ilustran la relación entre consentimiento informado y autonomía. Se recuerda allí que, en cuanto al consentimiento informado, su “finalidad última es hacer copartícipe al paciente en las decisiones y responsabilidades que le afectan, y no la de evitar convertirlo en una herramienta para el impulso de una medicina defensiva que disminuya la responsabilidad del

profesional al indicar o al actuar. Lo que se pretende, y vale la pena reiterarlo una vez más, es que el carácter legal del consentimiento no sustituya la posibilidad de la comunicación, diálogo, comprensión, y toma de decisión compartida que son la esencia del acto asistencial”. El texto define que “...el profesional tiene la obligación de poner sus conocimientos al servicio del enfermo en todo momento, y no solamente por obtener un consentimiento; y de presentarle una propuesta razonada para que pueda aceptarla, o no, y que eso conste por escrito. El CI escrito generalizado pretende asegurar que el enfermo ha podido disfrutar de la oportunidad de ejercer su derecho a la autodeterminación”. Hay una reflexión valiosa sobre ciertos movimientos que se depositan sobre el manejo personal que cada profesional haga de estas posibilidades de conectarse con el paciente: “...para ser útil al enfermo hace falta curiosidad para descubrir valores y límites personales, y respetarlos después con flexibilidad. La información oral permite esta flexibilidad necesaria. Deben encontrarse entre todos formas para que la información escrita también lo permita. La Ley nunca podrá predeterminar esta prudencia práctica, que tiene que quedar en manos de la valoración ética de cada profesional. El CI es materia ética, sobre todo”.

Los doctores Lordaa y Concheiro Carro (1993) retoman un texto clásico de la teoría del Consentimiento informado (“Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice”, de Appelbaum, Lidz y Meisel, tres bioeticistas americanos) en donde se plantean dos modelos básicos de obtención del mismo. El primer modelo (event model) interpreta el momento de tomar las decisiones terapéuticas como un acto aislado, que se da a lugar en un lapso limitado, instantes antes de la realización de la intervención médica. En este proceso se pone el énfasis en la comunicación de un monto determinado de información al paciente, lo cual produce la probable satisfacción de

requisitos éticos mínimos, y por consiguiente legales. No hay un acento puesto en el grado de comprensión que el paciente tenga de la información que recibe, por lo que hay allí un riesgo latente de que, finalmente, haya estándares mínimos de cumplimiento del procedimiento que no se encuentren efectivizados. Los formularios escritos de consentimiento, tal como se utilizan, son el símbolo central de este modelo.

El segundo modelo (process model) está basado en la participación activa del paciente en el proceso de todas las decisiones que se vayan tomando, y considera al consentimiento informado como un elemento irremplazable de todos y cada uno de los pasos individuales que componen la totalidad del proceso. Las elecciones de variantes determinadas dentro de un tratamiento son contempladas dentro del seno de la relación médico- paciente, y no equivalen a un hecho aislado. Todo lo contrario, son parte de un proceso continuo que se inaugura en el momento exacto en que el paciente busca asesoramiento en el médico, y que concluye cuando la salud objetiva y subjetiva es recuperada. El modelo reconoce que dentro de una línea continua, hay momentos puntuales en que se toman decisiones más importantes que en otros, pero enfatiza en el hecho de que la obtención del consentimiento informado no se limita sólo a esos instantes

Como hemos mencionado, estos párrafos sólo ofician para muestra de la conexión fluida entre consentimiento informado y autonomía, que se encuentra frondosamente comprobada y analizada en bibliografía fácilmente accesible.

6- Algunas conclusiones preliminares

Qué ideas hemos dado hasta aquí por probadas?

a- La Ley Nacional de Salud Mental incluye, como un objetivo central, poder revertir un modo de vinculación entre profesionales de la Salud y pacientes.

b- Esta reversión implica menor paternalismo fuerte médico, y ganancia de los principios de autonomía y beneficencia para los pacientes.

c- La forma de incluir al consentimiento informado en un tratamiento, es una buena medida del grado de autonomía y paternalismo médico puesto en juego.

Ahora intentaremos definir si dentro del ámbito público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley Nacional de Salud Mental ha podido lograr el objetivo que hemos mencionado entre los puntos a y b. Para esto, inicialmente analizaremos cómo es el consentimiento informado que se utiliza en la jurisdicción. Luego, realizaremos un breve cuestionario a un profesional de Consultorios Externos, uno de Guardia, uno de Internación, y uno de Hospital de Día. Una vez explicitadas las respuestas, efectuaremos un análisis de la información recabada, y arribaremos a conclusiones.

7- Una articulación entre el consentimiento informado del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y los objetivos de la Ley de Salud Mental (26657)

El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires brinda a todos los Hospitales de su Red un consentimiento informado, configurado en base a las Resoluciones 0356/MSGC/09- Ley 153- Decretos 208/01 y 2316/03. Sobre estas normas, recortaremos algunas estipulaciones de

importancia para el tema que estamos tratando. Destacamos, entonces , que:

.En la reglamentación del artículo 4 de la Ley 153, inciso h, punto 1, se establece que “El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención..”

.En el punto 3, la disposición es que “Se presume que todo-a niño-a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos...”

Veremos ahora entonces, el consentimiento informado del GCBA. Como ítems a completar, existen:

-El número de historia clínica del paciente

-El Hospital en el cual se da a lugar la intervención

-La fecha

-Nombre, apellido, y DNI del paciente

-Hay, luego un párrafo: “LEER CON ATENCIÓN. Este formulario contiene la información que suministra el médico sobre el estado de salud del paciente (el diagnóstico presunto o de certeza), el tratamiento que se aconseja o indica y los beneficios buscados; los riesgos que presenta ese tratamiento, algún otro tratamiento o ningún tratamiento; finalmente la aceptación de la propuesta y

su autorización para llevarlo a cabo o su rechazo. El presente formulario será firmado por el paciente, si no pudiera, el pariente más cercano o persona autorizada”.

-Los puntos a completar se continúan con: Diagnóstico; Tratamiento y/o práctica propuestos; Beneficios buscados; Riesgos típicos del tratamiento o práctica propuestos; Alternativas al tratamiento o práctica propuestos; Manifestación de aceptación o rechazo; Observaciones y preguntas.

-En el reverso de la hoja, figuran unas “Instrucciones para llenar los espacios de este formulario”. Allí hay tres apartados, “Para el médico tratante”, “Para el paciente o autorizante”, y “Para el Jefe de Servicio”. El primer apartado contiene 7 instrucciones:

a-Deberá escribir con letra clara todos los espacios, consignando en el *Diagnóstico* los datos patológicos relevantes disponibles relacionados con su diagnóstico y tratamiento. Si utiliza abreviaturas deberá aclararlas; las enmiendas o raspaduras deberán ser salvadas.

b- Indicará el procedimiento diagnóstico o terapéutico de elección

c- Deberá ofrecer las alternativas diagnósticas o terapéuticas, a las afecciones que padece el paciente.

d- Describirá los riesgos típicos del procedimiento propuesto y las consecuencias seguras. Se autoriza a agregar anexo con las posibles complicaciones u otros riesgos

e- Contestará todas las preguntas que el paciente formule, en caso de no haber ninguna, escribirá “NINGUNA”.

f- Dejará asentado en la Historia Clínica que se firmó el Consentimiento Informado, y que se adjunta.

g- En caso de no confeccionarse el Consentimiento Informado por negativa del paciente, lo dejará asentado en la Historia Clínica

En el espacio “Para el paciente o autorizante” se enumeran 3 puntos:

a- Tiene el derecho a preguntar todas las características de la afección y de los tratamientos que se consideran en esta ocasión. De no haber pedidos de aclaración, se considera que entiende completamente de qué se trata.

b- Si ha comprendido toda la explicación de la práctica, los riesgos y sus tratamientos, se deberá tachar lo que no corresponda (ACEPTO o RECHAZO), firmando y aclarando la firma.

c- Deberá firmar y aclarar su nombre, presentando su documento al médico, ante la manifestación de no poseerlo se le tomará impresión dígito pulgar.

Finalmente, en cuanto al Jefe de Servicio, se le estipula que

a- Deberá observar que se cumpla con el procedimiento indicado para este formulario,

b- Constatará que el formulario haya sido adjuntado a la Historia Clínica correspondiente.

7.1 La disposición médica al diálogo

Hay algunas características de este consentimiento informado en las que vale la pena puntualizar.

Como hemos visto, la Ley de Salud Mental pretende potenciar la autonomía del paciente. También

hemos constatado que hay estilos de vincularse con el consentimiento informado que configuran una vía constatable y segura de lograr el objetivo mencionado. Y también observamos que, por el contrario, determinados modos de accionar con el proceso del consentimiento se transforman, en la práctica, en una obstrucción de la autonomía del paciente.

Una de las variables que, según nuestro recorrido conceptual, produce una diferencia importante es la disposición al diálogo que muestre el profesional a la hora de presentar el tratamiento al enfermo. Es decir, en un polo se ubicaría una comunicación unidireccional, que parte del médico, e informa al paciente. En el otro, el armado de una instancia de intercambio en el cual el paciente puede depositar sus inquietudes y sugerencias, entre otros aportes posibles.

Los lugares de poder tradicionales, que la Ley de Salud Mental busca mover, implican que, por defecto, el médico mantiene una posición asimétrica, de la cual debe moverse si desea brindar la posibilidad de un real intercambio entre él y su paciente. Las ideas que hemos recortado de diversos autores, y que hemos citado anteriormente, dan cuenta de una especie de defensa contra una dinámica que, como hemos dicho, se pauta tradicionalmente si es que no hay un esfuerzo en la vía contraria. Es decir, la inercia de toda una historia vinculada al paternalismo médico produce que, para que haya una reubicación autónoma del paciente, deba facilitarse ese movimiento desde el profesional, y desde el formulario del consentimiento informado. El dar lugar pasivamente a que el paciente hable, en una relación marcada por las características históricas mencionadas, puede no ser efectivo. Así también lo marca un estudio realizado por Barca Fernández, Parejo Míguez, y otros (2004). En el inicio del texto, los autores expresan, en acuerdo con lo que venimos planteando, que

La comunicación es la pieza básica en la relación médico-paciente y ha sido objeto de múltiples estudios en

las últimas décadas. La mayoría de esos trabajos se han centrado en la influencia (positiva) de la comunicación sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario, en un entorno relacional paternalista en el que el médico (el experto) toma las decisiones que conciernen al paciente. Más recientemente, los cambios sociales han vuelto a poner sobre el tapete de la actualidad la importancia de la comunicación, pero esta vez como requisito previo a la autonomía del paciente (uno de los pilares básicos de la bioética) y a su derecho a la información, en un modelo de relación más deliberativo y participativo, entre unos profesionales sanitarios menos protagonistas y unos pacientes más «expertos» e informados a la vez que más satisfechos”.

La investigación se llevó a cabo en tres Centros de Salud de la Ciudad de Toledo, en el marco de entrevistas clínicas de pacientes que consultaban por alguna enfermedad aguda. Posteriormente a estas entrevistas, se contactaba telefónicamente al paciente para recoger su grado de satisfacción con la información recibida y la comprensión de ésta. Algunos de los resultados más relevantes encontrados fueron:

- El paciente suele preguntar poco al médico, incluso cuando éste no le ha dado previamente información.
- Casi un tercio de los pacientes reconoció haberse quedado con ganas de preguntar. Se enumeran motivos: una cierta pasividad del enfermo (que sólo desea conocer lo imprescindible); confianza en el médico; trabas en la comunicación (lenguaje médico especializado, entrevista muy dirigida).
- Los autores concluyen en que “La participación del paciente en la toma de decisiones sigue siendo hoy día muy escasa. Son muy pocos los pacientes a los que se pide opinión acerca del

proceso diagnóstico o sobre el tratamiento que deberán seguir, a pesar de que parece probado que participar en la toma de decisiones resulta positivo desde el punto de vista de la efectividad del tratamiento. Esto demuestra que aún estamos lejos del modelo de relación «compartida», en el que la información fluye de forma bidireccional, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre médico y paciente”.

Lo que queremos representar con estos datos es que, depositando en el paciente la responsabilidad de su propia participación en su tratamiento, se corre el riesgo de que no pueda tomarla. Es preciso, para confirmar la posibilidad de esta participación, efectuar una activa invitación.

En el caso del consentimiento informado del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, podemos observar que los puntos *a*, *b*, y *f* de la sección que instruyen al médico al respecto de cómo conducirse, simplemente aluden a formalidades sobre el llenado del formulario, y a la prolijidad administrativa de la historia clínica. Los puntos *c*, *d*, y *e* refieren a cierto grado de la interacción con el paciente (en ellos, “describe”, “ofrece” y “contesta”), mostrando que el profesional debe ubicarse en un lugar, ya sea de informante, o bien receptivo, pero en ningún momento se explicita que tenga que potenciar un intercambio real con el enfermo, para de esta manera empoderarlo de las decisiones que hacen a su proceso terapéutico, acrecentando su autonomía. Una forma en la cual el intercambio mencionado podría impulsarse desde el documento, es mediante la aclaración de que los “ofrecimientos” y las “descripciones”, deben estar adaptadas al nivel cultural del paciente, especificando además de que el objetivo de esta adaptación de la información es generar un espacio de protagonismo para el enfermo.

En cuanto al apartado del formulario que corresponde al paciente, las conclusiones que podemos

extraer son similares. Dos de los tres puntos son destinados a cuestiones burocráticas. Y el restante (“Tiene el derecho a preguntar todas las características de la afección y de los tratamientos que se consideran en esta ocasión. De no haber pedidos de aclaración, se considera que entiende completamente de qué se trata.”) deja la posibilidad de informarse, por parte del paciente, suponiéndole un ímpetu que pareciera desconocer el contexto histórico de paternalismo que se juega en la relación. Es decir, si revisamos los puntos dedicados a establecer las bases de cómo circulará la información entre médico y paciente, encontramos que la dinámica que imagina, y por tanto auspicia el consentimiento informado es: en el caso de que el paciente pregunte o pida aclaraciones, el profesional responde. Si no hay ese primer movimiento de duda por parte del paciente, se asume que éste y su médico saben lo mismo sobre lo que irá a suceder con el tratamiento. Encontramos entonces que la Ley de Salud Mental propone un tipo de posición en el paciente que no ha sido acompañado con un cambio, ni más ni menos, que en el consentimiento informado que circula por los Hospitales de la Red de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

7.2 Definiendo un modelo de relación paternalista

Para enriquecer más el análisis sobre el consentimiento informado que se utiliza en el GCBA, podemos preguntarnos qué tipo de vinculación entre los protagonistas actuantes en el consentimiento informado proponen, por un lado, la Ley de Salud Mental, y, por el otro, el consentimiento informado de la Ciudad de Buenos Aires. En este sentido, Ezekiel Emanuel y Linda Emanuel (1999) realizaron un conocido estudio sobre los tipos de relación entre médicos y pacientes, que resultará útil para agregar claridad a lo que estamos planteando. Los autores se ocupan, justamente, de abordar el papel de los pacientes en la toma de decisiones médicas. Con este

objetivo, esbozan cuatro modelos de relación, especificando las distintas variables que cada uno plantea en cuanto a las metas de este vínculo, las obligaciones del médico, qué importancia ocupan los valores del paciente, y la manera de pensar su autonomía. Los cuatro modelos son el paternalista, el informativo, el interpretativo, y el deliberativo.

En el primero de ellos, el médico decide los modos de intervención que haya evaluado como convenientes para el caso en cuestión, y luego brinda esa información al paciente. Éste, entonces, consentirá en base a la selección que ya haya efectuado el profesional. En esa selección, el paciente no juega absolutamente ningún papel, e incluso se le supone un agradecimiento por las decisiones tomadas por el médico, quien se asimila, así, a un tutor que posee un criterio objetivo. La autonomía del paciente queda reducida a un asentimiento del camino terapéutico que han elegido para su enfermedad.

En el modelo informativo, se explica al paciente el estado de su enfermedad, los diagnósticos posibles, y la probabilidad de riesgos y beneficios asociados a todos los tratamientos que puedan implementarse para su patología. Una vez conocidos estos datos, el paciente, según sus valores (que no son puestos en duda), elige el procedimiento que le sea más afín. El médico es así, un facilitador de conocimientos técnicos, y es con ellos que el paciente ejercerá el control sobre la situación. Este rol es el que se homologa, aquí, a su autonomía.

En el modelo interpretativo, se busca como objetivo determinar los valores del paciente, y qué es lo que realmente desea en ese momento., para poder así ayudarlo a elegir, de entre las opciones terapéuticas, aquella más compatible con estos valores. Se supone, en este encuadre, que podrían existir conflictos puntuales entre la situación puntual de la enfermedad y las habituales

responsabilidades, metas y aspiraciones del paciente, con lo cual el profesional debe colaborar en despejar esta conflictividad, para que el enfermo pueda discernir cuál es la forma de actuar que mejor podría ajustarse a su modo de vivir. El médico es, así, un consejero, y la autonomía del paciente se asemeja a un proceso de auto comprensión, un proceso donde llega a conocerse mejor, y a partir de allí definir las conductas médicas que lo afectarán.

El cuarto modelo es el deliberativo. En él, el paciente es informado sobre su situación clínica, las opciones terapéuticas posibles, los valores que incluyen cada opción, y también sobre por qué ciertos valores relacionados con la salud son más importantes que otros, debiéndose entonces aspirar a ellos. De esta manera, médico y paciente deliberan conjuntamente, sin que haya coacción alguna sobre el enfermo, y sin que haya un foco puesto en su moralidad. Sólo son abordados los valores vinculados con la salud. El profesional opinaría, como un maestro afectuoso o un amigo, qué decisión sería la más adecuada. En tanto, el paciente (quien se encuentra capacitado para la elección), a través del diálogo, incurre en un auto desarrollo moral que implica la comprensión de los distintos valores asociados a la salud, su importancia, y su protagonismo en el tratamiento.

De acuerdo al análisis que hemos hecho sobre el papel que la Ley de Salud Mental otorga a la autonomía del paciente, resulta claro que, en principio, el modelo informativo es el que menos afinidad tiene con la reglamentación. La lectura más superficial indica que es el único en el cual el paciente no tiene decisión alguna sobre el proceso terapéutico que lo afectará. Los autores de los modelos explican, incluso, que existe un consenso amplio sobre que el modo informativo es aplicable sólo en casos de suma urgencia, con riesgo real de daño irreparable para el paciente.

En los otros tres modelos, el paciente adquiere una autonomía que le permite elegir la intervención

que se le aplicará. Una revisión más pormenorizada indica que, entre ellos, el modelo que promueve una autonomía de mayor calidad es el deliberativo. Esta es la conclusión a la que llegan E. Emanuel y L. Emanuel, aduciendo que interpretar el respeto a la autonomía como una mera elección entre posibilidades, y un control sobre la situación, es una sobre simplificación. Argumentan, para la defensa de este modelo por sobre los otros, que la verdadera autonomía incluye una reflexión crítica sobre los propios valores y preferencias del enfermo, y , posteriormente, que éste tenga la libertad para llevar a cabo las acciones que representen estos valores. Del lado del médico, rescatan que deben tener una posición comprometida, humanista, y analista de los valores vinculados a lo sanitario. En cuanto a éstos, el profesional aspira a orientar y persuadir sobre un curso de acción deseable que los incluya.

Si la Ley de Salud Mental, como hemos visto, impulsa especialmente la ganancia de una mayor y mejor autonomía, el modelo deliberativo configura el modo de relación médico- paciente que le es más compatible.

Por el contrario, un momento clave, iniciático, de esa relación, como lo es la firma del consentimiento informado, no acompaña, en Ciudad de Buenos Aires, la iniciativa de la Ley que regula la práctica de Salud Mental en nuestro país. Por el contrario, si debemos ubicar al documento dentro de un modelo, el más afín le sería el paternalista. Hay un punto del formulario que atina a darle al paciente un atisbo de elección: el c , “Deberá ofrecer las alternativas diagnósticas o terapéuticas, a las afecciones que padece el paciente”. Sin embargo, y como hemos mencionado, para que este “ofrecer” no culmine en algo retórico, y sea una real presentación de posibilidades que permita la selección del paciente, debería estar sucedido por otros ítems, dentro del apartado del

médico o del paciente, que den cuenta que allí se habilitará un verdadero proceso de elección basada en el diálogo. Según lo visto, no sólo no se da a lugar, desde la letra del consentimiento, a esta chance, sino que la orientación es en la vía contraria. Incluso la intervención verbal posible que se asigna al paciente es exclusivamente la “pregunta”, confirmando que el clima que se busca generar no presta espacio para otros tipos de posiciones del paciente, que permitan, por ejemplo, cuestionamientos, aseveraciones, o respuestas.

7.3 Algunas disposiciones legales sobre consentimiento informado en niñas, niños y adolescentes

Otro aspecto importante que es necesario analizar es el lugar legal que se asigna al paciente niño o adolescente a la hora del consentimiento informado. La autonomía de un niño o adolescente, sabemos, adquiere un marco particular. La Dra. Fama, Jueza de la Nación y especialista en Derecho de Familia (2017) brinda un panorama de estos aspectos, que colaboran para entender mejor el tema. El artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), brinda un reconocimiento al principio de capacidad progresiva de niñas, niños y adolescentes, que se corresponde con la evolución de sus facultades. Lo que se estipula aquí es una suerte de interjuego entre la práctica de algún grado de autonomía por parte de los niños y adolescentes, y el derecho a ser protegidos por parte de su entorno responsable, a nivel familiar y social. Es decir, lo que surge como destacable es que la capacidad progresiva emerge como una variable que arma una relación no excluyente entre autonomía y protección. Con el horizonte de respetar la independencia del niño y adolescente, se intenta no exponerlos prematuramente a riesgos irrazonables. El Código Civil y Comercial toma

esta idea, superando la noción binaria de capacidad/incapacidad , derivada del Código Civil, y asignando una vuelta de tuerca a la función de representación universal, legal, y necesaria de los progenitores en relación a sus hijos, pues se interpreta que esta representación resulta en el aplastamiento de la voluntad del representado.

Explica la autora que en el derecho comparado existen, sucintamente, tres modelos de capacidad. El más rígido se basa en reglas fijas, según edades concretas, y apoyado en teorías convencionales. Si bien da a lugar a cierta seguridad jurídica, dejan por fuera a la idea de la autonomía progresiva, y a la evolución natural individual de cada sujeto. El segundo modelo posee normas más flexibles, sin límites de edad. Aquí, cada niño es examinado individualmente con el fin de dilucidar su capacidad para ejercer autonomía. Esta visión representa con máxima fidelidad a la autonomía progresiva, pero, a la vez, produce inseguridad jurídica y el uso de múltiples recursos administrativos y judiciales para lograr la evaluación de cada niño/a y adolescente. El tercer modelo es una combinación de los anteriores, y es, en definitiva, el adoptado por el CCyC. Utiliza reglas móviles con límites etarios que puede ser flexibles según el caso, e introducen la chance de que el niño/a y adolescente pueda demostrar su capacidad para ejercer el derecho en cuestión antes de haber alcanzado la edad estipulada. Como ventaja, presenta lineamientos generales que brindan seguridad a los adultos y protección a los niños, mientras que mantiene cierta flexibilidad que auspicia un enfoque individual de éstos.

El artículo 26 del CCyC prevé: “Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se

trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”. Es decir, la reglamentación se sostiene en una variable subjetiva, que contiene franjas etarias móviles, y una objetiva, vinculada con la calidad del acto médico.

Precisando entonces, lo estipulado por el CCyC en cuanto al tema que nos ocupa, implica que, en lo relativo a la representación, los niños y niñas, es decir, las personas menores de 13 años, no tienen la capacidad para tomar decisiones en materia de salud, y deben ser representados por sus referentes adultos, quienes son los que consentirán la intervención médica. Aún así, el niño debe ser informado y participado. Así lo marca la Ley 26 529 de Derechos del Paciente, en su artículo 2, inciso e (apoyándose en la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes): “Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud”.

Si hablamos de la presunción de autonomía, se da por sentado (admitiendo prueba en contrario), que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene la capacidad para decidir por sí, de manera autónoma, respecto a aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de

salud, o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

En cuanto a la co decisión, el Código dispone que frente a tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o ponen en riesgo su vida o integridad, el adolescente entre trece y dieciséis años debe prestar consentimiento conjuntamente con sus progenitores., o con asistencia de éstos. Si hubiera conflicto entre ambos, la resolución se efectuaría a partir del concepto de interés superior del niño/ y adolescente, mediando evaluación interdisciplinaria (para ponderar madurez del sujeto, y grado de libertad a la hora de la decisión) ordenada por el juez. Finalmente, vale la pena la aclaración de que, como regla absoluta, y sin admitir prueba en contrario, desde los dieciséis años en adelante, el adolescente es considerado como un adulto para brindar el consentimiento informado en actos médicos.

En cuanto a los tratados internacionales a los que nuestro país se adhiere, en función al tema que nos ocupa, Frías, López y Povilaitis (2011) realizan un recorrido que nos ilustra, destacando las siguientes estipulaciones:

-Los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos en función de la edad y madurez del niño (art. 2 Ley 26.061; art. 12 inc. 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño) debiéndoselos incluir, “incluidos los niños pequeños, en los procesos de adopción de decisiones de modo conforme a la evolución de sus facultades” (punto 100, Observación General No 12, Comité de los Derechos del Niño).

-“Se debe proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva” (punto 23, Observación General N° 12).

-“Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del "interés superior del niño" (punto 32, Observación General No 4, Comité de los Derechos del Niño).

- Los niños tienen el derecho a intervenir a los fines de tomar decisiones sobre terapias y procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida y su salud debiéndoseles suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados (punto 100, Observación General No 12; art. 2 inc. e) Ley 26.529)

Este recorrido (sumado al que hemos descripto respecto a la reglamentación del punto 3, inciso h, artículo 4 de la Ley 153) desde el marco legal nos da la pauta de que hay un sostén, desde ese ámbito, para poder maniobrar con el consentimiento informado de una manera diversa a la cual se ha pensado desde el diseño del formulario por parte del GCBA. Una opción posible consistía en

establecer consentimientos diferenciales según la edad, o según el tratamiento indicado. En cuanto a la edad, se le presenta el mismo formulario a un paciente de 5 años que a uno de 17, ambos con sus figuras adultas. Podría haber 3 consentimientos diferentes, uno para menores de 13, otro para pacientes de entre 13 y 16, y otro para los de 16 y 17. En cuanto al tipo de tratamiento, podemos decir que en un Hospital de Salud Mental Infanto Juvenil como el Tobar, podrá estar en tela de juicio si una internación (con planes de medicación de cierta complejidad posible en cuanto efectos adversos, o con compañeros de sala que pueden estar descompensados, o pasar por períodos de descompensación) configura una situación compatible con un proceso de tipo invasivo, que compromete un estado de salud, o provoca un riesgo grave en su vida o integridad física. Pero es indudable que la mayoría de los abordajes terapéuticos que se realizan, y que comportan un encuadre ambulatorio, con intervenciones psicoterapéuticas, no ingresan dentro de la descripción antes citada. Nada de esto es explicitado dentro del documento, como ya hemos visto. Citarlo, y obrar en consecuencia, daría lugar a que muchos niños, niñas y adolescentes tuvieran una participación decisiva en sus tratamientos, a través de ellos o de sus representantes. Hay, por lo tanto, desde el CCyC, un plafón sólido para desarrollar un consentimiento informado que lleve a la práctica los ideales de autonomía de la Ley de Salud Mental. Y una vez más arribamos a la idea de que no pareciera haber un acompañamiento, desde el consentimiento informado, a los objetivos de autonomía que persigue la Ley.

7.4 Ausencia del asentimiento

El concepto de *asentimiento* representa, también, un analizador en este recorrido que estamos

efectuando. Ferrero , Lucero y De Andrea (2013) trabajan, justamente, un rol posible para el niño/a y adolescente paciente del área de Salud Mental, en lo referente al consentimiento informado.

Destacan la mencionada noción de *asentimiento*, al que definen como un acuerdo positivo de ese paciente (una vez que ha recibido comunicaciones adaptadas a su edad y capacidad) que legitima su decisión. Llaman la atención, asimismo, sobre que el asentimiento es coherente con lo estipulado en la citada Ley de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes No 26.061, con respecto al “derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta”.

El pediatra y Magíster en Bioética, C. Martínez (2009) define al asentimiento como un acto imperfecto de aceptación, sin valor legal, que es realizado por una persona que, por su edad, es parcialmente capaz. El asentimiento debe ir acompañado del consentimiento verbal, o escrito, de sus tutores. El autor destaca que, a pesar de la falta de valor legal, el acto de asentir es un entrenamiento para lograr autonomía, y un respaldo para tomar decisiones, en el futuro, relativas al propio destino. Su idea es clara: “Por mínima que sea la decisión del menor, como pueda ser elegir el brazo en el que se le va a hacer la extracción, implica un reconocimiento de su autonomía y de su capacidad de controlar y elegir en algunas situaciones, constituyendo un acto de gran valor ético”.

Martínez se pronuncia, incluso, respecto a varias situaciones que incluye dentro de la categoría “procedimientos menores”; en ellas, la negativa del niño (aún el menor a 12 años) debería ser respetada. Y dentro de estas circunstancias menciona una del área de salud mental, que es el tratamiento psicofarmacológico para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La Dra. Del Río Sánchez (2010) menciona cinco argumentos atendibles que respaldan que el niño o

adolescente sea parte de la decisión sobre su tratamiento: “1) En los niños se mantiene el principio de auto determinación en la medida en que sean competentes para emitir un juicio. 2) La participación de los niños mejora la comunicación entre los profesionales y los miembros de la familia. 3) Los niños implicados cooperarán mejor en el tratamiento.4) Estos niños experimentarán una mayor sensación de auto control. 5) Estos niños percibirán un respeto del profesional hacia sus aptitudes, lo que brinda oportunidades para el desarrollo social”. La autora hace hincapié en la complejidad para establecer la competencia, el grado de madurez del niño o adolescente. Aún así, y estando en juego valores importantes tanto para el paciente como para el futuro del tratamiento, el discernimiento de la madurez debe ser un aspecto a priorizar, con una mirada interdisciplinaria, y utilizando variedad de recursos diagnósticos de esa capacidad.

Vale la pena la aclaración de que un formulario que incluya el asentimiento del niño no implica un escenario futurista, o de país desarrollado. En el Hospital Austral de Pilar, Provincia de Buenos Aires, se encuentra activo el *Formulario de asentimiento informado para niños menores de 6 a 12 años* (2011). En él se aclara, al inicio que “el padre y/o la madre y/o el representante legal deberá firmar un consentimiento informado para padres, además de firmar al final de este documento”. A continuación, leeremos el Formulario de asentimiento informado del Hospital Austral:

*Mi nombre es..... del Hospital Universitario Austral. y trabajo en el Departamento/Servicio de....
Estamos realizando una investigación para saber más acerca de tu enfermedad que se llama..... y
para ello queremos pedirte que nos ayudes.*

Si tus padres y vos están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que hacer lo

siguiente:(describir en lenguaje muy simple y procurar completar con fotos, gráficos o dibujos). No sabemos si participar te ayudará con tu enfermedad, esperamos que sí pero la verdad es que no sabemos en este momento. Es muy probable que participar te ayude con (detallar beneficios esperables para el niño).. De todas maneras, puede que ayude a otros chicos con. tu enfermedad en el futuro. Es posible que tengas alguna molestia por participar:.....(describir eventos adversos potenciales).Prometemos cuidarte mucho durante el estudio y hacer todo lo posible para que no tengas ningún problema. Tu participación es libre y voluntaria, es decir, es la decisión de tus padres y tuya si participás o no de esta investigación. También es importante que sepas que si estabas participando y tus padres y vos no quieren continuar en el estudio, no habrá problema y nadie se enojará, o si no querés responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Si no participás o si dejás de participar en algún momento de esta investigación, igualmente seguirás recibiendo los cuidados que necesites, por parte de tu médico, el Dr._

.La información que tengamos de vos y tu salud será un secreto. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas/resultados de estudios (sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio). Tus padres también podrán saberlo, en algún momento de la investigación. Si aceptás participar, te pido que por favor pongas una X en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribí tu nombre. Si no querés participar, no pongas ninguna X, ni escribas tu nombre.

Nombre y apellido:

DNI: Fecha: :

Nombre y apellido, DNI, firma y sello de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha:

Nombre y apellido, DNI y firma del padre y/o la madre que presta su consentimiento:

Está claro que el formulario apunta a una investigación, y no a un tratamiento. Aún así, el documento visto es perfectamente adaptable a fines de un tratamiento. Y más allá del contenido, que como hemos dicho puede variar su objetivo, lo relevante es la intención real y concreta de respetar la autonomía del paciente niño o adolescente. Y que es algo que se está haciendo en un centro médico de nuestro país, en una zona geográfica central. Es decir, se pone de manifiesto de una manera más tangible que la posibilidad de diseñar un consentimiento que incluya una visión autónoma al paciente niño y adolescente, que es el paciente del Hospital Tobar García, es una alternativa ya alcanzada en el contexto de lo sanitario nacional. Por lo tanto, se advierte de mejor forma que no tomar esta chance configura una decisión.

Como hemos visto, el consentimiento informado, en líneas generales, es un pilar fundamental de la posición autónoma de los enfermos. Hemos hecho una revisión del formulario de consentimiento informado del GCBA, que es el utilizado en el Hospital Tobar García. Se observan en el documento características que no promueven la autonomía de los pacientes, dimensión valorada como central en la letra de la Ley de Salud Mental, y determinada como objetivo cumplido en numerosos análisis. El hecho de que los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires utilicen un consentimiento que sostiene al paternalismo médico es un dato valioso y que oficia de denso contrapeso a la Ley.

Sobre este punto, queremos marcar que el consentimiento informado que se usa tanto en los servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales del GCBA, como en los monovalentes de Salud Mental del mismo ámbito, no ha sido renovado luego de la sanción de la Ley. Es decir, la Ley inicia un teórico período de mayor autonomía para el paciente valiéndose de una herramienta fundamental, como el consentimiento informado, que se mantiene sin cambios. Una medida posible de alto impacto, como lo hubiera sido un consentimiento nuevo para Salud Mental, re formulado a partir del funcionamiento de la Ley, no fue tomada. Quizás esta medida debiera haber estado incluida dentro del articulado. Lejos de ser así, el consentimiento informado es tratado en la Ley, en cuanto a los niños y adolescentes, únicamente bajo la órbita de las Internaciones; es decir, no figura en la reglamentación nada respecto del consentimiento en los casos no internables, que son la mayoría.

8-Dentro del Hospital Tobar García: La palabra de los profesionales

En este punto del recorrido nos encontramos, entonces, con un objetivo central de la Ley de Salud Mental, como lo es una mayor autonomía de los pacientes (menor paternalismo médico, mayor beneficencia), que no es disparado desde un lugar clave como el consentimiento informado. Lo que intentaremos dilucidar en el próximo tramo es si en la práctica cotidiana de un Hospital monovalente como el Tobar García, la intención de los autores de la Ley ha podido llevarse a cabo (tal como concluyen testimonios varios, según hemos consignado), o si, por el contrario, el hueco dejado por la reglamentación (no establecer un nuevo consentimiento informado) produce un freno

a la ganancia de autonomía de los enfermos.

Realizaremos ahora algunas preguntas breves a profesionales de los Sectores de Hospital de Día, Consultorios Externos, Guardia, e Internación. Los encuadres terapéuticos que sostienen estos equipos son diversos entre sí. Hospital de Día aloja sobre todo a pacientes del espectro autista, en tratamientos ambulatorios que suelen requerir intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, entre otras. Consultorios Externos está compuesto por varias Secciones (Admisión, Terapia grupal, Familiar, Individual, Psicofarmacología), y aborda a pacientes con variadas patologías mentales (Trastornos de conducta, del aprendizaje, de relación con pares o familiares, etc.) que pueden ser tratadas de manera ambulatoria. La Guardia es un dispositivo de urgencia cuya principal función es determinar si aquellos casos que llegan por demanda espontánea, o derivación desde otros centros, son pasibles de internación. Internación tiene a su cargo, de manera permanente, a unos 50 pacientes (desde los 8 a los 17 años aproximadamente) cuya enfermedad mental implica riesgo de vida para sí o terceros.

Como hemos señalado, el objetivo de obtener estos testimonios es poder delimitar de manera precisa (desde un efector central de la Red porteña) si la autonomía del paciente de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires ha sido acrecentada, aún a pesar de las características mencionadas del consentimiento informado.

Dentro del cuestionario, entonces, hemos decidido incluir como variable fundamental al consentimiento informado.

Las respuestas las brindan: El Doctor Scheffer (psiquiatra de Hospital de Día), la Doctora Galvis

(psiquiatra de Consultorios Externos), la Licenciada Durante (psicóloga de Guardia), y el Doctor Salorio (Jefe de la Sala de mujeres de Internación).

1-Suele leerse al paciente y a su familia lo consignado en el Consentimiento Informado?

Hospital de Día: No

Consultorios Externos:No

Guardia:No

Internación:Sí

2-El Consentimiento Informado es completado por el equipo profesional de manera diferencial según el caso?

Hospital de Día: Se tiende a poner lo mismo

Consultorios Externos: Cambia según el diagnóstico y el tratamiento indicado

Guardia: No

Internación: No

3- Al haber un cambio en el esquema terapéutico, se renueva el consentimiento informado? (se excluye a la Guardia, pues no se instalan tratamientos desde ese Sector)

Hospital de día: No

Consultorios externos: No

Internación: No

4-Cuál es para usted la principal función de que el paciente firme el consentimiento informado?

Hospital de Día: Salvaguarda legal

Consultorios externos: Que el paciente se implique en el tratamiento

Guardia: Salvaguarda legal

Internación: Sentirnos autorizados legalmente a usar los psicofármacos

5-Hay algún espacio para el asentimiento del paciente niño- adolescente?

Hospital de Día: No

Consultorios externos:No

Guardia: No

Internación: No

6- Son habituales las situaciones en las cuales el paciente sugiere otro curso de acción del que indica el profesional?

Hospital de Día: No

Consultorios Externos: A veces piden no tomar medicación. En ese caso se les explica por qué es conveniente.

Guardia: A veces piden no internarse. Pero si tiene indicación por parte del equipo profesional, se interna igual.

Internación: No

7- La edad del paciente hace variar de algún modo el proceso de firma del consentimiento?

Hospital de Día: No

Consultorios Externos: Si es adolescente lo hago firmar por el chico.

Guardia: No

Internación: No

8- Es importante para ud. evaluar la capacidad del paciente, para saber en qué grado implicarlo?

Como evalúa esa capacidad?

Hospital de Día: Sí es importante, porque hasta cierto punto puedo explicarle el tratamiento. Lo evalúo con una entrevista.

Consultorios Externos: Sí, es importante, pues lo hago firmar si lo considero capaz. Sino, no. lo evalúo mediante una entrevista.

Guardia: Sí, es importante para explicarle los pasos a seguir. Lo evalúo con una entrevista.

Internación; Sí, pues puede explicársele mejor el tratamiento. Lo evalúo a partir de una entrevista

8.1 El análisis de los testimonios

Para un mejor análisis del impacto de la Ley en la práctica de la Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, tendremos en cuenta cuál fue el estado de partida. Es decir, las coordenadas de la práctica profesional previa a la instauración de la Ley. Frías (op.cit, 2011) realizaron un estudio entre enero y abril de 2011, es decir, un mes a cuatro después de promulgada la Ley de Salud Mental. Es de esperar que, a ese momento, la influencia de la Ley fuera mínima. La investigación, que relevaba datos sobre internaciones por Salud Mental en efectores públicos y privados de CABA, nos resultará útil para saber, entonces, desde qué punto de inicio se buscaba la transformación. Algunas conclusiones que los autores comunicaban eran:

.En aquellas situaciones donde consta el consentimiento, se encuentra bajo la forma de planillas y/o formularios estandarizados y sin detallar en forma suficiente, información con respecto a la modalidad de tratamiento, los riesgos/ beneficios, alternativas terapéuticas conforme a la singularidad del usuario. En otros casos el contenido es expresado en forma ambigua y se hace extensible a aspectos ajenos al tratamiento o a circunstancias que “potencialmente” pudieran ocurrir.

.En internaciones consideradas como involuntarias (NOTA: las internaciones de niños y adolescentes son todas involuntarias, por Ley) no se observan registros de que se hayan efectuado acciones a fin de informar a la persona sobre la naturaleza del tratamiento (sea mediante la internación o cualquier otro tratamiento posible) y para lograr que el usuario participe en cuanto

sea posible en la aplicación y definición del plan de tratamiento. En general los registros de ingreso se limitan a documentar los síntomas y al diagnóstico del trastorno psiquiátrico.

.En las situaciones donde se documentan consentimientos con información detallada sobre la modalidad de tratamiento, se evidencia que la definición de los mismos no es consensual ni examinada conjuntamente con el usuario.

.En el caso de niños observamos que en la generalidad de internaciones el usuario no participa del proceso de adopción del consentimiento, no se le brinda información previa, ni se determina si está en condiciones de prestar consentimiento por sí mismo “de acuerdo a sus posibilidades reales de autonomía, discernimiento, madurez psicológica, afectiva, intelectual y social, quedando el otorgamiento del consentimiento a cargo del padre o responsable”

Inicialmente, resulta útil aclarar que no hay, desde cada equipo, ninguna normativa general ni capacitación grupal sobre cuál es la forma de pensar el consentimiento informado más adaptada a la Ley. Esta falta de un modo troncal, convincente, de diseñar el momento de la firma del documento, propicia también la inercia de continuar con la dinámica pre Ley. Es decir, si existe la intención de inaugurar roles nuevos para el paciente y el profesional, resulta difícil considerar que no generar espacios generales de reflexión, discusión, y establecimiento de parámetros nuevos sea la mejor opción. Contrariamente, como se ha dicho, impresiona que la ausencia de estos espacios permitirían no mover nada de las antiguas perspectivas sobre la relación médico- paciente. En el Documento 20 del Ministerio Público Tutelar (2014) se advertía sobre el punto que estamos tratando, al describir que ante la falta de una capacitación centralizada desde el Estado, “muchos profesionales

decidieron desarrollar sus propias estrategias, ya sea informándose por cuenta propia; organizando capacitaciones y ateneos internos...”.

.La investigación de Frías da cuenta de que el proceso de firma del consentimiento informado era una formalidad, y de ninguna manera una instancia particularizada de intercambio y consenso con el paciente. Este era el estado de situación previo a la instauración de la Ley. Las respuestas que hemos recabado no permiten percibir un panorama diferente. Con el mismo formulario de aquel momento, y la falta de instancias de formación centralizadas que permitan la remoción de paradigmas que se pretenden superados, los profesionales del Hospital Tobar García replican y hacen replicar lo grueso de los papeles que históricamente se han asignado a profesionales y pacientes. En líneas generales, no se lee el consentimiento informado, no se producen verdaderos momentos de diálogo, no hay un espacio asignado al asentimiento, no se evalúa interdisciplinariamente la capacidad del paciente en instancias de cierta rigurosidad, y no se toma al documento más que como un resguardo legal. Esta respuesta, concretamente, la del resguardo legal, produce un derrame sobre todo el proceso. Resulta complicado imaginar que pueda propiciarse algo más que una firma al pie de un documento, cuando esa firma es el objetivo central del proceso. El clima de trámite estandarizado, que se ubica más allá de toda singularidad, tal como planteaba el estudio de 2011, se mantiene. Muestra de esto es la manera uniforme de completar el formulario, la falta de matices según la particularidad, y la ausencia de un nuevo consentimiento al renovarse el esquema terapéutico.

9- Conclusiones

El presente trabajo analiza, desde la bioética, uno de los objetivos centrales de la Ley Nacional de

56

Salud Mental 26657: ganancia de autonomía para los pacientes, y consecuente remoción del paternalismo médico fuerte. Desde diversos enfoques, se ha brindado la conclusión de que la Ley ha logrado estos objetivos, cumpliendo de esta manera un ambicioso enroque de las relaciones de poder tradicionales en Salud Mental. En el articulado de la Ley, diferentes puntos resguardan la autonomía de los enfermos, y la impresión de variados analistas es que desde el texto el camino al resultado práctico está probado.

El consentimiento informado arma un momento base en la distribución de poder entre médicos y pacientes. Como tal, se determina como un analizador fundamental de la autonomía de estos últimos. Con esta premisa, en el desarrollo de esta tesis se buscó hallar la coherencia entre el citado objetivo de la LNSM, y la ausencia en su articulado (a pesar de que determinar una ganancia en la autonomía de los pacientes es un movimiento trabajoso, por la demolición que implica de posiciones tradicionales, arraigadas) de la necesidad de reformular los consentimientos informados,. Con lo cual, la comunicación que deriva en el modo de tratamiento que reciben los paciente no varió con la LNSM. Es de destacar que, desde lo legal, existe un amplio abanico de disposiciones a nivel nacional e internacional que hubieran avalado un consentimiento informado acorde a lo pretendido en la LNSM, y no fueron usadas a tal fin. El recurso del asentimiento también fue desdeñado. El 10 de noviembre de 2017 se dio a conocer una propuesta (Expediente del Ministerio de Salud 12002000002493316) que apunta a reformar el decreto reglamentario de la Ley. Este proyecto, que ha traído varias controversias, pues parece derrumbar algunas medidas que eran centrales en el espíritu de la Ley (por ejemplo, mantiene a los monovalentes de Salud Mental), tampoco modifica nada sobre el consentimiento informado.

Este trabajo analizó el consentimiento informado del GCBA, que es el formulario que firma una de las principales masas de pacientes del país. El consentimiento informado del GCBA es compatible con un “event model”, según la clásica categorización de Appelbaum, Lidz y Meisel. Es decir, un modelo que auspicia un acto aislado, donde se comunica un modo determinado de información al paciente, más allá de la comprensión que éste pueda tener, y de su participación en las decisiones. Esto produce un cumplimiento mínimo de requisitos éticos, y por lo tanto legales. Contrariamente, la LNSM auspicia un consentimiento asimilable al process model, el cual está basado en la participación activa del paciente en el proceso de todas las decisiones que se vayan tomando. Algo para destacar, además, es que si el objetivo es derrumbar una posición pasiva que está solidificada desde siempre (la del paciente) a través de implicar activamente al enfermo en la toma de decisiones sobre su tratamiento, es necesario no solamente un apoyo desde los documentos que apoyan la práctica, sino también una educación de los especialistas. Esto tampoco se está llevando a cabo de manera centralizada.

En cuanto a los modelos de relación médico-paciente que teorizaron L. y E. Emanuel, el más afín al consentimiento informado del GCBA es el paternalista, en el cual el enfermo consiente en base a la elección que haya hecho el profesional. Esto se encuentra en desacuerdo con el modelo impulsado por la LNSM, el deliberativo, que incluye una reflexión crítica sobre los propios valores y preferencias del paciente, y, consecuentemente, que éste tenga la libertad para llevar a cabo las acciones que representen estos valores.

Con esta incongruencia entre las aspiraciones de autonomía que se derivan de la Ley, y el consentimiento informado del GCBA (a lo que se suma la falta de espacios de formación

centralizada sobre la Ley), se constató que en la dinámica institucional de un Hospital de la Red del GCBA, el Tobar García, el proceso de firma del consentimiento continúa como antes de la promulgación de la LNSM. Esto es, no hay una lectura del consentimiento informado, no se producen instancias reales de diálogo, no hay un espacio asignado al asentimiento, no se determina con solidez la capacidad del paciente, y no se conceptúa al documento más que como un resguardo legal.

Se encuentra, de esta manera, que el alcance de uno de los núcleos de la LNSM, el incremento en la autonomía de los pacientes a expensas de menor paternalismo médico fuerte, encuentra dificultades para concretarse en el ámbito público de uno de los principales centros urbanos del país, a pesar de las aseveraciones de especialistas que indican lo contrario. Es dable pensar, entonces, que en el contenido de la Ley debería haberse estipulado la re confección de los consentimientos informados, brindando así una base sólida para que la ganancia de autonomía cuente con mayores posibilidades de expresarse. Como hemos señalado, existen aún discusiones alrededor del Decreto reglamentario de la Ley. Quizás no sea tarde para que este importante hueco quede subsanado.

10- Bibliografía

- Barca Fernández, I., Parejo Míguez, R., Gutiérrez Martín, P., Fernández Alarcón, F., Alejandro Lázaro, G., López de Castro, F (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención primaria*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-informacion-al-paciente-su-participacion-toma-13060760>
- Barrenechea, C., Obermann, M., y Tallarico, M. Del incapaz al Sujeto de Derecho (2011). En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-052/569>
- Beauchamp, T. y Childress (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona, España. Masson.
- Cáceres, C., Granja, G., Osella, N., y Percovich, N. Derechos Humanos en Salud. En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Recuperado de <http://www.conabip.gob.ar/node/322293>
- Canet, J y Mazzeo, C, Ley de Salud Mental: Cambio de paradigma y Cuentas pendientes. Al Día Argentina [Blog]. Recuperado de <http://aldiaargentina.microjuris.com/2016/12/01/ley-de-salud-mental-cambio-de-paradigma-y-cuentas-pendientes/amp/>
- Cañete, R., Guilhem, D, y Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2012000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Castellanos, M., López, J., Caballé, M y García H. (2009). El consentimiento informado. Una acción imprescindible en la investigación médica. *Revista Cubana de Estomatología*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007
- CELS (2010). Ley de Salud Mental: un paso adelante en la protección de derechos humanos. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/2010/11/ley-de-salud-mental-un-paso-adelante-en-la-proteccion-de-derechos-humanos/>

- De Lellis, Martin (2014). Éticas y políticas públicas en Salud Mental. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/fichas/etica_y_politica
- Decreto 613/13. Boletín oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina. 29 de mayo de 2013. Recuperado de <http://www.fabiofcantafio.wordpress.com/2013/05/29/decreto-60313-reglamentacion-de-la-ley-de-salud-mental-26-657/amp/>
- Del Río Sánchez, C (2010). El consentimiento informado en menores y adolescentes. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642744>
- Documento 20 del Ministerio Público Tutelar. De la ley al barrio (2014). Recuperado de <http://mptutelar.gob.ar/content/dt-n-20-feb-2014-salud-mental-de-la-ley-al-barrio.html>
- Emanuel E. y Emanuel L. (1999). Cuatro Modelos de la Relación Médico Paciente. Recuperado de http://www.rlillo.educsalud.cl/.../Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf
- Entrevista:Leonardo Gorbacz (2008). *Revista Psciencia*. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/download/9/9>
- Entrevista a Leonardo Gorbacz. Es de locos [Blog]. Recuperado de <http://parecedelocos.blogspot.com.ar/2009/11/entrevista-leonardo-gorbacz.html>
- Fama, M (2017). El consentimiento informado de las personas menores de edad. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/85>
- Ferrero, A., Lucero, E, y De Andrea, M (2013). Una aproximación al consentimiento informado en menores en Argentina a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. En V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación. Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-054/16.pdf>
- Formulario de asentimiento informado para niños menores de 6 a 12 años (2011). Recuperado de www.austral.edu.ar/uploads/2011/10

-Frías J., López M, y Povilaitis A.(2011). El consentimiento informado y la atención en salud mental. Recuperado de <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/frias-ixjsyp.doc>

-Gorbacz, L. (2011). Ley 26657. El desmontaje del sistema represivo en Salud Mental. *Revista Comunidad y Salud Mental*. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad.pdf>

-Guía sobre el consentimiento informado (2002). Comité de Bioética de Cataluña. Recuperado de nidoapp.com/files/ci_cataalunia.pdf

-Islas Saucillo M. y Muñoz CH. (2000). El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. *Revista médica del Hospital General de México*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=3952>.

-Kowalenko, A. y Valor, D.(2016). La Salud Mental y los principios bioéticos en la normativa civil argentina. *Revista Argumentos*. Recuperado de <http://revistaargumentos.justiciacordoba.gob.ar>

-Lara, M y De la Fuente, J.R.(1990). Sobre el consentimiento informado. Recuperado de [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p439.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p439.pdf)

-Ley 153. Ley Básica de Salud. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires. 28 de mayo de 1999. Recuperado de <http://www.notivida.com.ar/legprovincial/CABA%20LEY%20153%20BASICA%20DE%20SALUD.html>

-Ley de Salud Mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de ddhh (2017). Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por->

decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/

.-Ley Nacional de Salud Mental N 26657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.html>

-Lodieu, M.T. y Luciani Conde, L. (2011) “Entrevista al Lic. Yago Di Nella, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones”. *Revista Comunidad y Salud Mental*. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad.pdf>

-López, F, Mercurio, E. y Silva, D. (2017). Consentimiento Informado y autonomía en salud mental. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/consentimiento-informado-y-autonomia-en-salud-mental>

-Lordaa, S. y Concheiro Carro, L.(1993). El consentimiento informado. Teoría y Práctica. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/260909012_El_consentimiento_informado_Teoria_y_practica_I

-Martínez C. (2009). Consentimiento informado en menores. Recuperado de https://www.sccalp.org/documents/0000/1482/BolPediatr2009_49_303-306.pdf

-Requena Meana, Pablo (2005). El principalismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica. Recuperado de www.eticaepolitica.net/bioetica/TesRequena.pdf

-Siurana Aparisi, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética cultural. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006

- Vegh Weiss, V. (7 de noviembre de 2011). Reflexiones sobre la nueva Ley de Salud Mental. Recuperado de <http://www.eldiariodelfindelmundo.com/noticias/2011/11/07/39040-reflexiones-sobre-la-nueva-ley-de-salud-mental>

-