



LA AUTONOMÍA COMO PRINCIPIO BIOÉTICO DETERMINANTE EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

Autores: Mirella Leyva Rodríguez¹, Elvia Rosabal Álvarez², Victoria Leyva Rodríguez³

¹ Podología, Departamento de Formación de Profesionales,

² Logofonoaudiología, Departamento Formación de Profesionales,

³ Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Cuba.

mirellalr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La historia de la bioética desde mediados del siglo XX ha supuesto una constante reivindicación del principio de autonomía del enfermo. Esta trayectoria ha engrandecido a la Bioética como disciplina y la ha adaptado a las exigencias de una sociedad comprometida con las libertades individuales. **Objetivo:** Argumentar la importancia del principio de la autonomía de la Bioética Médica en la atención al paciente con pie diabético. **Materiales y Métodos:** Para el desarrollo del trabajo se utilizaron diferentes métodos como el histórico-lógico, el analítico-sintético y el hermenéutico dialéctico. **Desarrollo:** se realiza una revisión documental de la evolución y desarrollo del principio de la autonomía según los modelos de la relación médico paciente en la atención del paciente con pie diabético.

Conclusiones: En una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, en la que el paciente es pilar importante del tratamiento, una adecuada relación médico-paciente es fundamental, poniendo especial atención en la necesidad de reconocer al paciente como un sujeto autónomo, que tiene derecho a saber, opinar y decidir sobre la conducta que pretenden asumir los profesionales de la salud en la intención de promoverle su salud, evitarle o diagnosticarle enfermedades, tratar y rehabilitar. **Palabras claves:** bioética médica, pie diabético, autonomía, principios.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad de primera importancia a nivel de salud pública en todo el mundo, tanto por ser una de las patologías no transmisibles más frecuentes, como por la severidad y diversidad de sus complicaciones crónicas. Las consecuencias que en materia de salud tiene esta enfermedad a corto y a largo plazo, hace necesario reflexionar sobre el reto que significa la detección temprana de la diabetes y la implementación y difusión de políticas sociales y educativas innovadoras, capaces de transformar la mentalidad y la actitud de los individuos y las comunidades, para que comprendan la importancia de adoptar estilos de vida saludables para prevenir la enfermedad, o modificar los factores de riesgo para prevenir o retardar las complicaciones. ^{1,2}

El llamado pie diabético es considerado como una alteración clínica de etiología neuropática e inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que puede coexistir la isquemia y previo desencadenante traumático, aparece la lesión o ulceración del pie. Por tanto, bajo esta denominación han quedado reunidos distintos tipos de fenómenos patológicos que aunque obedecen a variados mecanismos patogénicos, tienen en común la localización del pie de estos pacientes: ³

El acto médico requiere, para ser eficaz y moralmente aceptable, una sólida formación técnica y científica que permita la pericia y el honesto reconocimiento de las limitaciones que induzcan a la búsqueda de la intervención de otro más calificado. Esta verdad, es reconocida por todos, sin embargo, es necesario enfatizar en las condiciones en que se establece la relación médico-paciente donde adquiere relevancia el principio **de autonomía**, ya que es el afectado quien debe decidir por sí mismo, sobre la conveniencia y oportunidad de actos que atañen sus intereses y por lo tanto, le corresponde decidir sobre sus riesgos y consecuencias. Sin la palabra, sin comunicación, no hay autonomía, no hay libertad, no hay respeto en la relación médico-paciente.

Este principio es la base para una nueva relación paciente-profesional de la salud, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica. ⁴

Una reflexión sobre la comprensión del principio de autonomía en la atención en salud nos muestra una posible contradicción, cuando el equipo de salud, tomando en cuenta sus funciones en los diferentes niveles de atención (prevención, promoción, curación y rehabilitación), trata de cambiar estilos de vida, hábitos, costumbres, e incluso tradiciones, que puedan estar reñidas con la salud de las personas y de la comunidad, lo que puede verse como una intromisión en el mundo interno de esta comunidad, que lesiona su independencia y por ende su autonomía.⁵

Teniendo en cuenta estos fundamentos el **Objetivo** de este trabajo es Argumentar la importancia del principio de la autonomía de la Bioética Médica en la atención al paciente con pie diabético.

DESARROLLO

Bioética es un término nuevo, que no había sido escrito nunca en ninguna lengua antes del inicio de los años setenta del siglo pasado. La palabra inglesa Bioethics, localizada por primera vez en literatura, fue usada por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter. Bioethics es una palabra compuesta por bio, vida, y ethos, ética, o mejor dicho, reflexión sobre los comportamientos humanos.⁵ En tal caso el significado etimológico se enfoca precisamente en la disciplina que debería trabajar en las reflexiones morales sobre aquello que tiene que ver con las problemáticas planteadas stricto sensu, por la vida. En efecto Van Rensselaer Potter, en su artículo, Bioethics, the Science of the Survival, vislumbraba un preciso campo de acción. Según su percepción la especie humana estaba entonces cada vez más en riesgo por el así llamado desarrollo tecnológico, que guiaba las opciones muchas veces tomadas en contra del hombre no solo directamente, sino también indirectamente, a través de un ataque brutal a todo el sistema ecológico, motivo por el cual veía en la Bioética la ciencia de la supervivencia. Si tomamos el nombre Bioética de sus orígenes, de su significado, entre etimología y hermenéutica, entre tradición y actualidad, en la tentativa de indagar el origen, improbable en la sustancialidad, pero posible en su forma y formalidad, si bien con el esfuerzo de acercarnos a su objetividad, nos hemos necesariamente confundido en sus figuras, en algunas imágenes, que forman parte de la historia, que también hemos buscado de delinear, y junto

a ella hemos tocado algunas interpretaciones, de aquello que debemos entender por bioética⁶

En efecto, han sido diversos los rechazos respecto a esta disciplina que entonces no era bien vista en diversas perspectivas culturales. Basta pensar en las contrariedades afrontadas por muchos estudiosos de las diversas disciplinas que posteriormente han tenido que constituir la interdisciplinariedad misma de la Bioética, determinando precisamente en la integración de la disciplina de origen un saber de índole teórico y práctico que pudiera hacer hablar, dialogar entre ellas, las disciplinas científicas, en particular biomédicas, con las humanísticas, y en particular la filosofía, en una conciencia del todo.

1.1 Principios de la bioética médica

En la relación sanitaria pueden intervenir, además del médico y el paciente, la enfermera, la dirección del hospital o policlínico, la seguridad social, la familia, las autoridades administrativas o legales, etc. Todos estos agentes o factores de la relación médico-paciente pueden reducirse a 3: el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de autonomía; el médico, por el de beneficencia, y la sociedad, por el de justicia. Los 3 factores son esenciales, lo cual no significa que siempre resulten complementarios entre sí, y por tanto no conflictivos.

Autonomía

Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del ser humano, incluido el de autodeterminación. Se inspira en la máxima de "no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti", y por lo tanto, en el respeto mutuo. En este principio se basan sobre todo la alianza terapéutica entre el médico y el paciente, y el consentimiento en las pruebas diagnósticas y en los tratamientos. Forma parte integral de la beneficencia y está a su servicio.⁶⁻

⁸ Este principio, fundamental y básico, supone: Primero, el de considerar a cualquier miembro de la especie humana, de acuerdo con la conocida expresión kantiana, como un fin, jamás como un medio". Se considera miembro de la especie humana al individuo en cualquier momento de su desarrollo, y cualquiera que sea el grado de las cualidades propias de la especie. Segundo: "El derecho que todo miembro de la especie humana tiene a ser respetado como agente libre, aunque no en todo acto actúe como tal, y

al deber que tenemos todos de respetar la autonomía de los demás en la determinación del curso de la acción de acuerdo con el proyecto elegido por el propio agente".⁹⁻¹⁰ La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede ser también vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Las acciones son autónomas cuando cumplen 3 condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. De estas 3 condiciones del acto autónomo, una, la primera, no admite grados, en tanto que las otras 2 sí. La intencionalidad se tiene o no se tiene, de modo que los actos no pueden ser más que intencionales o no intencionales. El conocimiento, sin embargo, admite grados, y el control externo también. En consecuencia, parece que las acciones pueden ser más o menos autónomas, según una escala de grados.^{2,}

11

Principio de beneficencia

Corresponde al fin primario de la medicina. Consiste en promover el bien para con el paciente o la sociedad, evitar el mal; es más que el hipocrático *primum non nocere* (ante todo no dañar), o principio de no maleficencia.¹² El principio de beneficencia es directamente orientador de la acción.¹² Es una expresión más del principio universal subyacente a cualquier sistema ético: se debe hacer el bien, se debe evitar el mal. Al margen de cualquier apreciación filosófica, es universalmente admitido, y sólo afecta su discusión la determinación de lo que sea el bien o el mal. Ciertamente, en esa determinación, parece más claro qué es el mal y más oscuro el concepto de bien, por lo menos cuando se refiere a acciones que tienen como objeto inmediato al prójimo. Por esa mayor evidencia de lo que sea el mal, podríamos definir la no maleficencia como una subclase de beneficencia, en la cual se pueden distinguir 4 grados en preferencia: no se debe hacer el mal, se debe impedir el mal, se debe eliminar el mal, se debe hacer y promover el bien.¹² El matizar la no maleficencia y la beneficencia es muy importante.¹² El primero nos obliga de modo primario, y por tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento. El principio de no maleficencia no tiene nada que ver con el consentimiento informado, en tanto que el de beneficencia sí. Nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien. En cualquier caso, ambos principios pueden reunirse en uno solo, que mande no hacer mal a nadie y promover el bien. Así entendido el principio de

beneficencia, no hay duda de que ha sido y seguirá siendo el santo y seña de la ética médica.

Principio de justicia

Este principio es reconocido como básico en cualquier sociedad sea cual fuere su contenido concreto, y se fundamenta en la igualdad de todos los seres humanos. La justicia funciona como la medida de la distribución equitativa de derechos y deberes, ventajas y desventajas, créditos activos y pasivos entre todos los miembros de la sociedad. En la relación médico-paciente, es necesario, además de los principios de autonomía y de beneficencia, el de justicia, que exige el bien común. Todos los miembros de la sociedad tienen el deber de procurar el bien común, que puede entenderse como el conjunto de condiciones de vida social, que permiten que los individuos y los grupos que la realizan, consigan más fácilmente y con mayor plenitud su perfección propia.

Fundamento de la relación médico paciente y enfermo.

De acuerdo con Laín Entralgo¹⁰, cuya obra fundamental nos sirve de guía, diremos que la relación entre el médico y el enfermo adopta en el mundo actual formas muy distintas según que la atención se realice en un consultorio privado, la sala de un hospital, el consultorio en un establecimiento de la primera línea de atención, o el campo de batalla, entre otros, pero, sea como sea, cuando es correcta, dicha relación tiene como fundamento lo que podría considerarse un modo de amistad, la amistad médica, en la cual una de las partes pone su saber y su voluntad de ayuda técnica, y la otra su menesterosa confianza en la medicina y en el médico que la atiende. Y ello es válido aun aceptando que la complejidad de la medicina contemporánea implica una serie de actos médicos realizados por diversos miembros del equipo de salud, puesto que, en algún momento, se establece siempre una relación interpersonal.

La relación médico paciente se situaría entre el dúo de la camaradería y la diáde la amistad genuina y la relación amorosa, que se da entre dos personas que aspiran a establecer un lazo personal, un vínculo afectivo poderoso, una comunión. Laín Entralgo le asigna a la relación médico paciente el carácter de una 'cooperación cuasi diádica de ayuda', orientada hacia el logro, por parte del paciente, del hábito psicossomático que solemos llamar salud. En ella se articulan las operaciones objetivantes, que apuntan a tornar objetivas las

manifestaciones o signos de la enfermedad, y las operaciones empáticas o coejecutivas, que implican el situarse bajo el marco de referencia del paciente para sentir, aun cuando sea brevemente, lo que el paciente siente y penetrar en el sentido que le da a su padecimiento. Para Laín una auténtica relación médico-paciente constituye una verdadera filantropía, es decir, la expresión secularizada del amor cristiano por el prójimo, en la cual se integran la amabilidad, la procura del bienestar del amigo, la confianza y el respeto por la dignidad de la persona humana.

Desde otra perspectiva, Laín distingue en la estructura de la relación médico enfermo cuatro aspectos principales: el fin propio de la relación, el modo de la convivencia que en ella se establece, el vínculo propio de la relación y, finalmente, la comunicación propia entre el médico y el paciente.

El fin propio de la relación clínica es la salud del paciente. Aquí, precisa Laín, contrariamente a lo que sostienen algunos, el fin último del médico no puede ser la bondad moral del ser humano o su felicidad. Estas no son consecuencia necesaria de la salud y dependen por un lado, de lo que cada persona haga por sí misma en ejercicio de su libertad para hacer realidad su proyecto vital y, por el otro, de esa enigmática determinación de la vida humana representada por el azar.

El modo propio de la relación médico paciente consiste en la equilibrada combinación de las operaciones objetivantes y las operaciones empáticas necesarias para el diagnóstico y tratamiento y, en suma, para el acompañamiento del paciente durante el proceso de enfermedad.

El vínculo propio de la relación médico-paciente es aquel en el que adquieren una realidad concreta los actos objetivantes y empáticos antes mencionados. Si bien este vínculo muestra un abanico de distintas posibilidades, cuando la relación es óptima, el vínculo que une entre sí al médico y al enfermo es el eros terapéutico, la filantropía, vale decir el amor al prójimo. Laín nos recuerda que Paracelso escribía que es el amor lo que nos hace aprender el arte de la medicina, y fundamentalmente nuestra vocación por cuidar la vida y la salud del prójimo. Años después Freud dará el nombre de 'transferencia' a la intensa relación personal que se da en el curso de la atención médica, sobre todo cuando se trata de enfermedades de evolución prolongada.

El cuarto aspecto estructural de la relación médico-paciente es la comunicación, esto es, el conjunto de los recursos técnicos, entre los cuales

figura principalmente –aunque no exclusivamente– la palabra, a los que el médico apela en el diálogo transubjetivo en virtud del cual se actualizan las operaciones objetivantes y empáticas.

Modelos de la relación médico-paciente

Según Emanuel EJ y Emanuel LL, las últimas décadas han estado marcadas por el conflicto entre la autonomía del paciente y sus valores, y los valores del médico. Dicha confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los códigos médicos, lo que plantea interrogantes acerca de la relación médico paciente ideal.

Los autores antes mencionados postulan la existencia de cuatro modelos de la relación médico-paciente, poniendo el acento en las concepciones que cada modelo privilegia en la misma, las obligaciones del paciente y la manera de concebir la autonomía del mismo. Estos modelos destacan las diferentes visiones sobre las características básicas de la relación médico-paciente.

Reiteramos con von Weizsäcker V, Laín y Gracia que el rasgo más profundo de la medicina actuales la introducción del sujeto en el pensamiento y en la práctica de la profesión médica. En el mundo moderno se da el tránsito de una medicina que implícitamente reducía al enfermo a la condición de puro 'objeto natural' a un modo de proceder que demanda que el paciente sea visto como 'persona'. Para ello, luego de la rebelión del sujeto, que se dio en el marco de las tres grandes revoluciones, la inglesa, la norteamericana y la francesa que signan la entrada a la modernidad, se tuvo que dar lo que Gracia denomina la 'rebelión del paciente', la misma que se hizo evidente hacia mediados del pasado siglo, y en virtud de la cual el paciente ya no solamente demanda una atención de su persona que no haga distinciones entre ricos y pobres, sino que reivindica su condición de agente moral autónomo, es decir, su capacidad para participar protagónicamente en la toma de decisiones en todo aquello que tenga que ver con su vida y su salud. Esta nueva actitud, como veremos luego, encuentra su concreción en la primera Carta de Derechos de los Pacientes que aprueba la Asociación Americana de Hospitales el año 1973, en EEUU de Norteamérica, y que sirvió de modelo a documentos similares en otros países del mundo occidental.

Gracia ⁽⁶⁾ recuerda que el mismo Potter la proyectó "como una nueva disciplina que combinara el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de los valores humanos". La nueva ciencia encontró un campo fértil en los dominios de la medicina, en los que claramente se percibía la necesidad de regular el uso de la tecnología en múltiples situaciones desde el nacimiento hasta la muerte. Y es en el campo médico, siempre según Gracia, que la definición de bioética adquiere su sentido pleno, como el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos a fin de mejorar la toma de decisiones incrementando su corrección y su calidad.

Una interrogante clave es si los cuatro principios de la bioética tienen el mismo nivel. Hay quienes sostienen que, en teoría, *prima facie*, todos los principios tienen igual valor, pero es evidente que en la práctica no siempre pueden satisfacerse todos ellos, lo que significa que alguno prevalecerá sobre otro a la hora de tomar una decisión moral.

Pero, el problema es sobre la base de qué criterios se deben resolver los conflictos entre estos principios. Para Gracia, el que uno prevalezca sobre otro depende de las circunstancias y de las consecuencias de la decisión que se adopte, pronunciándose porque se privilegien la no maleficencia y la justicia sobre la beneficencia y la autonomía. Explica que la ley puede obligarnos a no hacer daño y a no ser injustos, pero no puede obligarnos a ser 'beneficentes'. Por ejemplo, para un Testigo de Jehová la transfusión de sangre no es un acto de beneficencia, en tanto que para los demás sí lo es. Lo que es 'beneficente' para uno no lo es necesariamente para otro. Autonomía y beneficencia, anota Gracia, obligan a los demás a respetar nuestro propio modo de entender lo que para nosotros es lo bueno. De ahí que los principios de autonomía y beneficencia reinen en el ámbito privado, mientras que en el ámbito público prevalezcan los principios de no maleficencia y justicia, y se apliquen por igual a todos los miembros de la sociedad.

Modelos de la relación médico paciente

Según Emanuel EJ y Emanuel las últimas décadas han estado marcadas por el conflicto entre la autonomía del paciente y sus valores, y los valores del médico. Dicha confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y

pacientes como los criterios éticos y legales de los códigos médicos, lo que plantea interrogantes acerca de la relación médico paciente ideal.

Los autores antes mencionados postulan la existencia de cuatro modelos de la relación médico-paciente, poniendo el acento en las concepciones que cada modelo privilegia en la misma, las obligaciones del paciente y la manera de concebir la autonomía del mismo. Estos modelos destacan las diferentes visiones sobre las características básicas de la relación médico-paciente.

Veamos estos modelos:

1. El modelo Paternalista: Este modelo presupone la existencia de un criterio objetivo que permite discernir lo que sea mejor para el paciente, sin que la opinión de este sea la determinante. Se fundamenta en la suposición de que la enfermedad coloca al paciente en una situación de necesidad y de incompetencia moral, pues el dolor excesivo o la ansiedad y otras manifestaciones de la enfermedad.

La relación médico paciente: consideraciones perturban el buen juicio del paciente y su capacidad para tomar decisiones. Por tanto, el médico actúa como el tutor del paciente, como un buen padre que sabe qué es lo mejor para el paciente, sin que sea necesaria la participación de este, pero cuidando de situar los intereses del paciente por encima de los propios, expresión de un acendrado altruismo.

2. El modelo informativo

Llamado también modelo científico o modelo técnico. En él la obligación del médico es proporcionar al paciente la información relevante para que dentro de los cursos de acción posibles, sea él mismo quien seleccione aquel que mejor se ajuste a su sistema de valores. En este modelo, el papel del médico parece reducirse al de un suministrador de información veraz y de un sujeto técnicamente competente en su especialidad.

3. El modelo interpretativo

En este modelo el médico ayuda al paciente a determinar los valores, que muchas veces no están bien definidos. Para ello, el médico trabaja con el

paciente en la clarificación de sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades, de modo que resulten evidentes aquellos cursos de acción que se encuadren mejor en el marco de los valores del paciente, quien entonces se halla en mejores condiciones para adoptar sus propias decisiones. En este modelo el médico actúa como un consejero, asumiendo un papel consultivo.

4. El modelo deliberativo

En este modelo el médico ayuda al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores que se relacionan con su salud, aquellos que sean los que mejor sirvan de fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las diferentes alternativas posibles. En ello médico y paciente trabajan conjuntamente, sin que el médico, quien actúa como un maestro o un amigo, vaya más allá de la persuasión moral, evitando cualquier forma de coacción. La decisión final será el resultado de un diálogo auténtico, signado por el respeto y la consideración mutua.

A la luz de lo expuesto, los autores consideran que el modelo deliberativo es el que mejor se ajusta a una relación ideal subrayando que un médico humanista en el curso de su quehacer profesional debe ser no solamente un agente con capacidad científica técnica en su disciplina, sino también una persona capaz de establecer una relación interpersonal que respete la dignidad de la persona humana y sus valores, y con quien pueda –vía el diálogo transubjetivo– hacer posible se tome una decisión que mejor se adecúe a los sistemas de valores en juego.

“La relación médico-paciente es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.”⁴

El médico al informarle al paciente sobre las características de su enfermedad, de los procedimientos diagnósticos y tratamientos que en su entender deben realizarse para que el paciente a la luz de los conocimientos puestos a su disposición sea capaz de determinar si acepta o no lo propuesto, debe hacerlo sin utilizar un lenguaje técnico, sino con un lenguaje coloquial, para conseguir que lo entienda y asegurarse de que así ha sido, mediante la repetición por parte del enfermo de lo que él ha comprendido.

También resulta importante en la relación médico-paciente la expresión no verbal o extraverbal como: mímica, gestualidad, posturas corporales, etcétera.

Los signos no verbales transmiten contenidos, a veces de una forma más efectiva que los signos lingüísticos, aunque, por lo general, complementan la comunicación verbal.

El derecho a la **autonomía** se expresa en la exigencia del paciente de ser tratado como un agente moral independiente en su integridad y dignidad, capaz de adoptar decisiones por sí y sobre sí mismo.

El instrumento para el ejercicio de la autonomía ha sido la práctica del consentimiento informado, el respeto a la adopción de decisiones, autónomas, competentes, razonables y moralmente válidas por parte del paciente y hombre sano acerca de su situación de salud, en particular de las alternativas diagnósticas y terapéuticas, una vez que ha sido debidamente informado de los riesgos y probables beneficios.⁵

Es decir, el consentimiento informado es la aceptación, por parte del enfermo de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber recibido la información adecuada para poder implicarse plenamente en la decisión final. Por tanto, es importante una correcta información y educación de la enfermedad en cuestión y de los beneficios de determinadas conductas y estilos de vida para disminuir complicaciones y lograr una adecuada calidad de vida como objetivo final del tratamiento de un proceso crónico no curable, pero sí tratable. Debemos recordar que calidad de vida es un indicador del bienestar material y espiritual del Hombre en un medio social determinado.

La existencia de una colaboración deficiente entre el médico y el paciente, que se traduce en una falta de confianza entre el segundo y el primero, no le hace ningún beneficio a la enfermedad y su tratamiento. Si no se respeta la posibilidad de elección del enfermo, nos encontramos en la situación clásica del paternalismo médico, en la que toda decisión queda a cargo de éste, sin que llegue a plantear la posibilidad de una relación diádica, tal y como señala Diego Gracia.¹¹

Si la comprensión del mensaje es incorrecta, estamos favoreciendo la aparición del consentimiento desinformado, que no es éticamente válido. El dilema ético del consentimiento informado en el manejo del paciente con pie diabético reside en la tensión entre el principio de autonomía del paciente y el principio de beneficencia del médico.

El principio de beneficencia se define de diversas formas: el deber de no hacer el mal, de prevenir el mal o el sufrimiento, el deber de hacer el bien o promover el bien.

En la práctica cotidiana de la Medicina, el principio de beneficencia y el principio de autonomía se encuentran frecuentemente en tensión. El médico por sus conocimientos y experiencias evalúa lo más racional y objetivamente posible la situación médica de su paciente y busca la mejor respuesta médica con el fin de mejorar el bienestar de éste.

El *consentimiento informado* debe reunir tres elementos importantes: voluntariedad, información y comprensión.

Voluntariedad: Los pacientes deben poder decidir libremente sin que se ejerza sobre ellos ningún tipo de persuasión, manipulación o coerción.

Información: Para poder decidir. Todo paciente tiene el derecho a recibir la información mínima necesaria y adaptada a su nivel de entendimiento. Esta información debe ser clara y precisa, y ofrecer la oportunidad para la consulta y solicitar más información.

Comprensión: Para que el consentimiento sea válido es preciso que se haya comprendido la información proporcionada. La capacidad de un individuo para comprender (competencia) está en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje. Se admite que un paciente es competente cuando puede adoptar sus decisiones, según sus conocimientos, escala de valores y metas personales, una vez analizadas las posibles consecuencias de su decisión. Por tanto, la competencia de una persona debe estar en relación con algo determinado y además que puede fluctuar en el tiempo.⁵

El Dr. Joaquín Ocampo-Martínez realiza diversas reflexiones con respecto a la relación médico-paciente desde una perspectiva bioética, y destaca su dimensión humanística y ética, así como sobre la crisis de valores en la que se encuentra inmersa, como consecuencia del desarrollo científico-técnico de la medicina, y de la creciente toma de conciencia sobre los derechos humanos por parte de la sociedad.

CONCLUSIONES

En este artículo se identifica al Pie Diabético como una complicación de elevada morbilidad y su repercusión negativa en la calidad de vida de los pacientes. Se hace referencia a la Bioética y sus principios, dentro de los

cuales se destaca el de la autonomía del paciente, porque ocupa un lugar central en la actuación del equipo de salud en su relación médico-paciente así como los diferentes modelos. Se constató que esta relación entre los profesionales de la salud y el paciente debe realizarse con pautas normalizadas o protocolizadas y homogéneas sobre cómo debe actuar el personal de cada institución, que contribuyan a erradicar cualquier tipo de práctica, acto o conducta que atente contra la autonomía de los pacientes; garantizando así su derecho fundamental a una decisión libre y autónoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivas-Alpizar E, Zerquera-Trujillo G, Hernández-Gutiérrez C, Vicente-Sánchez B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. Revista Finlay [Internet]. 2011 [citado 22 Dic 2020]; 1(3):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69>
2. García González R, Suárez Pérez R. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2001; 12(3). Acceso: 2014/07/14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532001000300007&lng=es.
3. Sánchez Rosales G, Ramírez Ortega V. Historia, medicina y bioética: los retos historiográficos. Rev CONAMED. [Internet] 2018 [citado 2020 Jul 10]; 23(sup. 1):25-29. Disponible en: www.conamed.gob.mx/revistaconamed.html
4. Menes Echemendia O; Paneca Martínez O; González Díaz E. La bioética y sus dimensiones en el accionar del profesional de la salud. InfoCiencia, [Internet.] 2020 [citado 10 jul 2019]; 18(4): 1-10. Disponible en: <http://www.infocienciass.cu/index.php/infociencia/article/view/874/646>. Fecha de acceso: 07 de marzo del 2020.
5. Pérez Cárdenas M. La ética en salud. Evolución histórica y tendencias contemporáneas de desarrollo [Internet]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002 [citado 10 abril 2020]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/la_etica_en_salud_evolucion_y_tendencias.pdf

6. Ferro M, Molina Rodríguez L, Rodríguez G WA. La bioética y sus principios. Acta odontol. venez [Internet]. 2009 Jun [citado 01 Feb 2021]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es
7. Pérez Cárdenas M. La ética en la formación del máster en salud pública. EducMedSup [internet] 2002 Sep. [citado 10 Jul 2020];16(3):211 - 220.Disponible en:https://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s08642141200200003000004&lng=es
8. Potter VR. Bioethics: The science of survival. Perspectives in Biology and Medicine [Internet] 1970 [citado 10 Jul 2020]. 14(1), 127-153. Disponible en:<https://muse.jhu.edu/article/405198>
9. Sogi C, Zavala S, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. An. Fac. med. [Internet]. 2012 Ene [citado 2021 Feb 01]; 73(1): 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000100004&lng=es
10. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. [Internet]. España: Ediciones Guadarrama, Ed. 1969 [actualizado: 2012; citado 9 de abril del 2020]; Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com>
11. Gracia D. Principios y metodología de la Bioética. Cuaderno CAPS, No. 19, 1993.
12. Marques Filho J, SaadHossne W. La relación médico-paciente bajo la influencia de la referencia bioética de la autonomía. Rev. Bioét. 2015 [citado Nov 27 2019]; 23(2):304-10. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200304&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1980422015232>