

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **2**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2004**
January-March

Artículo:




Una aproximación al problema de la
reproducción asistida. Qué y cuánto
informar al paciente

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

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

***Others sections in
this web site:***

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



Medigraphic.com



Una aproximación al problema de la reproducción asistida. Qué y cuánto informar al paciente

Samuel Karchmer*

Todo te puede perdonar el ser humano, menos el talento.
Rossi Blengio

Incalculables horas de reflexión, ríos de tinta en abundante bibliografía, variados pronunciamientos judiciales y textos legales específicos no han alcanzado aún a delimitar con certeza los contenidos de la información a suministrar.

Hace ya tiempo que México al igual que otros países, se encuentran comprometidos en el debate y análisis del denominado “consentimiento informado”; no obstante, bien podemos decir que el problema es para nosotros aún nuevo si contemplamos que los orígenes de la doctrina son normalmente situados en el siglo XVIII, en Inglaterra. Sin perjuicio del antecedente Inglés mencionado, lo cierto es que el tránsito del “simple consentimiento” al “consentimiento informado”, su esbozo, evolución y desarrollo, lo hallamos en los precedentes estadounidenses, sin ignorar la valía de los análisis efectuados por muchos investigadores, es el mundo anglosajón el que marca el punto de partida. La expresión “consentimiento informado” que utilizamos, proviene de la traducción literal de la expresión inglesa “informed consent”.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecua-

damente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la ausencia mediante la firma de un documento. Muchas demandas de negligencia profesional son acompañadas de alegatos ocasionados por la falta del consentimiento informado. La discusión de éste es el primer paso para dar a conocer los posibles resultados del tratamiento y aminorar los malos entendidos de los pacientes y sus familiares. Los pacientes que conocen los riesgos del tratamiento son los menos propensos a reclamar si uno de los riesgos descritos ocurre.

Los nuevos problemas o casos que acontecen en una comunidad, reclaman soluciones tanto médicas como jurídicas. Lo que sucede en otros países, no son privativos de esa sociedad. Bien podríamos decir que se produce una especie de contagio y éstos son comunes a varias sociedades, fenómeno que se intensifica actualmente, por ser la interrelación e interdependencia de los pueblos más fuertes que nunca. Encontramos que en nuestros países –como siempre– los nuevos “problemas o casos” irrumpen en la escena en un tiempo posterior. Normalmente en los países desarrollados estos “casos” se han suscitado con anterioridad, y éstos ya han aportado soluciones jurídicas a esas situaciones.

La experiencia médica o jurídica ajena, no puede ser marginada al momento de reflexionar y elaborar soluciones para nuestros propios problemas, aún de índole jurídico. El peso específico de cada caso y el aprovechamiento de la experiencia ajena se da en todos los campos, y por ende, también se encuentra presente en el mundo del derecho.

En total coherencia con lo expuesto, advertimos de inmediato que el capitalizar la experiencia jurídica ajena,

* Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Ángeles de las Lomas, Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles de las Lomas, Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia, Curso de Postgrado, División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia:

Dr. Samuel Karchmer
Hospital Angeles de las Lomas
Vialidad de la Barranca s/n, Col. Valle de las Palmas
52763 Huixquilucan, Edo. de México
Correo Electrónico: CEPAM@infosel.net.mx

Aceptado: 16-02-2004.

no puede significar “*simple copia*” de las soluciones que otros países han arbitrado en su ordenamiento jurídico. No podemos ignorar las particularidades de cada sociedad. Tenemos especialmente en cuenta el gran aporte del “*sistema legal anglosajón*” en la temática del consentimiento informado en general, que conjuntamente con lo que establecen las normas, en países como el nuestro donde la ley conforma el esqueleto del ordenamiento jurídico y que frecuentemente viene a la zaga de los cambios sociales, no se puede ignorar lo que piensa y siente una sociedad en un momento determinado.

La expresión “*consentimiento informado*” posee carta de ciudadanía, encontrándose incorporados tanto al lenguaje común como al técnico. Es harto conocido que en reiteradas situaciones, el médico se enfrenta a la necesidad de realizar intervenciones sobre personas incapaces de prestar, por sí mismas, su consentimiento. Este tema de vital importancia escapa al objetivo del presente, pero debemos señalar su trascendencia y la necesidad de análisis en forma exclusiva, diferenciando la multiplicidad de situaciones que pueden presentarse.

Este es el tema que más dificultades presenta: donde la teoría y la práctica a veces se distancian, donde frente a la variedad de situaciones que puede ofrecer la realidad, los criterios expuestos no siempre son de verdadera utilidad para ayudar al médico a entender cuál es la extensión de su obligación de informar.

Básicamente, existe consenso en qué se debe informar sobre: a) *la naturaleza y el objetivo del tratamiento propuesto*: si el procedimiento es diagnóstico o terapéutico, si la práctica es invasiva, la duración del tratamiento, el lugar donde va a llevarse a cabo, si requerirá de anestesia o no y de qué tipo, qué partes del cuerpo afectará, qué instrumental se utilizará. Si la práctica es experimental o es parte de una investigación, esta información es vital; b) *los riesgos del procedimiento*: este aspecto se ha transformado en el nudo de la información, sobre todo si observamos que los tribunales han puesto el acento en la información sobre los riesgos, observando especialmente la información brindada sobre ellos. El tema no es nada fácil de encarar para el profesional de la salud. Los riesgos se han graduado por los abogados en relevantes, substanciales, probables, significativos.....en una graduación que, imagino, no es siempre fácil de definir y aplicar.

Parecería que el profesional debe tener en cuenta 4 aspectos: la naturaleza del riesgo, su magnitud, probabilidad de que el riesgo se materialice y la inminencia de la posibilidad de materialización.

Entendemos que la cuestión no es fácil de definir, se trata de un paciente informado y no de un paciente asustado. Se trata del buen actuar del médico que no tiene guías que ofrezcan certeza matemática; c) *los beneficios*: el paciente

debe estar informado sobre cuáles son los beneficios que implica afrontar el tratamiento, máxime cuando los resultados del mismo pueden estar por debajo de la mayoría del paciente o no lograrán hacer desaparecer el problema; d) *las alternativas u opciones*: hay procedimientos médicos para los cuales no hay alternativas razonables, pero en la mayoría de ellos hay opciones. El conocimiento de las alternativas es necesario para la toma de una decisión.

Con relación al qué y cómo debe informarse, las características que debe tener la información a brindar al enfermo y familiares, se ha recomendado: a) la información debe ser clara y precisa; b) la explicación siempre debe ser dada por el mismo médico; c) la información no debe ser dada “al paso”, sino que debe intentarse una “reunión informativa”; d) el informe debe ser veraz. Recordemos que están en juego, y la decisión tiene que tomar en cuenta: objetivos, valores, preferencias y necesidades del paciente; ésta es la premisa que guía a la doctrina del consentimiento informado. Debemos enfatizar que la dignidad de la persona reclama una verdadera información en cuanto a su salud y tratamiento.

Aunque parezca obvio, debe entenderse que toda información debe estar adaptada a las posibilidades de comprensión del paciente, la que debe ser cabalmente comprendida por el mismo.

En otro orden de ideas, aceptamos que si bien la existencia de la doctrina del consentimiento informado es incuestionable, tanto como se debe respetar el principio de autodeterminación del paciente (vinculado con sus derechos personales), ésta no puede contemplarse de modo absoluto.

Es innegable que hay situaciones en que el médico se encuentra exceptuado de la obligación de informar y solicitar el consentimiento del paciente, procediendo directamente a tratarlo. En las situaciones de urgencia, cuando generalmente se encuentran involucradas situaciones de vida o muerte, la necesidad del consentimiento se encuentra desplazado. En momentos en que la persona se encuentra en estados en que es difícil comprender y tomar decisiones, no es lógico detener la acción médica. El valor “vida” prevalece sobre el valor “libertad”, y justifica el actuar del médico, máxime en aquellas situaciones donde además de la inconsciencia del paciente no existen familiares presentes a los cuales se pueda informar de riesgos sobre tratamientos o intervenciones.

La noción de urgencia no está delimitada, es obvio que sugiere una imperiosidad en el tratamiento. En general, se entiende que la historia del paciente y las particulares circunstancias que rodean el caso son las que determinan si existió o no. En definitiva, frente al conflicto será la ley quien resolverá si se dieron o no las condiciones de excepción que justificaran la aplicación de la doctrina de la urgencia.

Un supuesto de excepción también lo encontramos en la *renuncia* del paciente al otorgamiento del consentimiento informado: estamos frente al supuesto en que el paciente no quiere recibir información ni tomar decisión sobre el tratamiento, confiando totalmente en que el médico decidirá lo mejor. Cuántas veces en el ámbito del consultorio del médico ha escuchado frases como: “Doctor, dígame lo que hay que hacer y nada más”, “Lo que usted decida es lo mejor”.

En realidad, esto no atenta contra la autodeterminación, ya que en definitiva el paciente está tomando una decisión. Lo importante en este supuesto, es que la decisión sea voluntaria, libre de toda coacción. No inducida por el actuar médico que presume que el paciente no quiere la información, o participar en el proceso de decisión. El paciente que sabe que tiene derecho a ser informado y aceptar o rechazar el tratamiento, expresa su deseo de no ser informado, declina el derecho a tomar una decisión.

El privilegio terapéutico: consiste en la facultad que posee el médico de mantener en reserva datos, que en otras circunstancias deberían ser revelados, si la revelación pudiese ser pernicioso para el paciente. La omisión intencionada de información al enfermo es porque el médico juzga que no omitir le ocasionaría un perjuicio previsible. No se trata de ocultamiento de toda la información, sino de la referida a riesgos del tratamiento. La idea de esta excepción es precisamente la de liberar al médico del deber legal de informar a efectos de no violar el deber primario de *hacer lo más beneficioso* para el paciente. El privilegio le permite cumplir con su deber ético de no dañar.

No se trata aquí de ocultar la información, ni que la postura paternalista transforme la excepción en regla. Se piensa que estamos aquí frente a hipótesis donde el paciente tiene, por ejemplo, un desequilibrio emocional serio por el que no estaría en condiciones de manejar la información como para llegar a una decisión racional o que supondría para él una grave amenaza a su integridad psicológica.

En base a nuestra tendencia profesional, quisiéramos reflexionar sobre el consentimiento informado y la reproducción humana asistida. Las técnicas de reproducción humana asistida, plantean un abanico de novedosos problemas que gozan de especificidad y requieren respuesta médica y jurídica apropiada. La temática del “*consentimiento informado*” también va a tener facetas propias frente al tema de la esterilidad o infertilidad humana.

Todo lo descrito anteriormente con relación al “*consentimiento informado*” es plenamente válido para esta materia, más sin especificidad y la respuesta legal pendiente reclaman que sigamos reflexionando sobre el tema. Dijimos ya que todo debate sobre los contenidos y alcances del denominado “*consentimiento informado*” reclama un enfoque *interdisciplinario*. Esta exigencia se agudi-

za frente a la problemática que plantea la utilización de las técnicas de reproducción asistida.

La aplicación de éstas, dan origen a una serie de relaciones que no se agotan en la relación paciente-médico o institución médica, se dan entre la pareja y los hijos (en el caso de fertilización heteróloga); entre pareja y donadores del material genético, entre éstos y los llamados “bancos de semen”, entre el donador y los hijos nacidos de sus gametos. Además relaciones entre la pareja y los óvulos pronucleados o embriones criopreservados. Relaciones que surgen del secreto, de mayor o menor alcance que existe con relación a los donadores. Relaciones entre padres genéticos y madre portadora o subrogada. Lo dicho, sólo a modo de ejemplo ya que las situaciones no se agotan con la descripción que antecede. Entendemos que en esta temática, el enfoque interdisciplinario es indispensable, a efectos de que la información brindada sea integral y veraz.

Dentro de esta temática, aceptamos que debe prevalecer el consentimiento como proceso, que en decisión deberían incluirse espectros de indagación amplios y no involucrar meramente información técnica. Desde otro punto de vista, debe tenerse en cuenta que en las prácticas que se realizan con estas tecnologías, se requiere especialmente un alto nivel de competencia del paciente, ya que en todos los casos existen alternativas no medicalizadas (adopción). Ello también justifica que la información acerca de los riesgos sea exhaustiva y no se limite a la descripción de las técnicas a implementar y sus implicaciones orgánicas. En esta aproximación al tema que nos ocupa, hace a nuestro objetivo el concientizar al médico que el consentimiento informado no debe agotarse en un formalismo burocrático. Un tema que personalmente nos ofrece dudas es con qué alcance y detalle debe ser legislado. Frente a estas técnicas se “imponen” elementos indispensables de informar. Ello exige contemplar uno a uno todos los supuestos que pueden presentarse, no es lo mismo la Fertilización *in Vitro*, (FIVTE), que una donación de gametos o decisiones sobre la criopreservación de óvulos pronucleados o pre-embryones, en otros) y, coherentemente por lo antes expuesto, los representantes de las distintas áreas del saber implicados deberían efectuar su aporte.

Partiendo de la idea del *consentimiento informado* como proceso, estimamos, necesarias reuniones informativas con el/los pacientes, fomentando el diálogo con el equipo médico interdisciplinario. La trascendencia de la cuestión, requiere que el equipo médico rodee el *consentimiento informado* de hechos especiales que aseguren la verdadera comprensión de todos los aspectos implicados.

Con relación a la forma de exteriorización de la voluntad del paciente, que actualmente es práctica de rutina –aunque no en todos los casos– sigue siendo la forma escrita (instrumento privado) que habitualmente está a nuestro al-

cance, mas en algunos supuestos se requiere un instrumento privado con fecha cierta o instrumento público (escritura pública).

¿Por qué? De esto; Nada mejor para explicarlo a nuestro entender, es que en el proceso del consentimiento informado que da el especialista, habitualmente se refiere a la información sobre las técnicas de reproducción asistida, sus posibles riesgos (algunos no se comentan adecuadamente) y sus posibilidades de éxito. Todo esto debe ser por escrito. Otras situaciones como la donación de gametos, madre “subrogada o sustituta”, etc., se sugiere la exigencia de un consentimiento “público”, por las consecuencias que estos temas acarrearán en cuestiones de filiación. En esta manera se agudiza la temática de la instrumentación del consentimiento por las implicaciones jurídicas que acarrea cada decisión, no sólo entre los actores involucrados en la consulta y tratamiento, sino también frente a terceros cuyos derechos pueden ser vulnerados, destacando especialmente los derechos del niño.

En términos generales y sin ahondar en cuestiones jurídicas –que obviamente no es nuestro campo de conocimiento– la diferencia fundamental entre el instrumento privado y el público, es que a este último la ley le confiere autenticidad por sí mismo, sin necesidad de comprobaciones posteriores a su otorgamiento. Éstos gozan de fuerza legal llamada “fe pública”. El instrumento privado es auténtico por un acto posterior: el reconocimiento de su otorgante, el reconocimiento de la firma de quien lo suscribió. Quien sostenga la validez de un instrumento privado tendrá que demostrar su autenticidad, mientras que quien sostenga el contenido de uno público está exento de tal prueba.

A modo de conclusión, podemos decir: La noción de *consentimiento informado* no está exento de problemas. Conocida por todos los que practicamos la medicina es la dificultad que presenta el paciente para la decodificación de la información que brinda el médico, el estrés emocional y físico al cual se encuentra sometido, las distintas percepciones que tienen los agentes de la salud y paciente frente a una misma realidad, las convicciones y valores que cada ser humano posee y que no necesariamente deben coincidir, todo esto y mucho más está en juego.

La documentación del proceso del consentimiento informado provee la mejor defensa contra las demandas de los pacientes que fueron adecuadamente informados acerca del tratamiento propuesto y del daño que se podría dar. Además cuando un paciente alega un reclamo basado en la “falta de consentimiento informado” debe probar que éste no se le dio con una buena comunicación y documentación por el profesional médico.

Sin embargo algunos profesionales de la salud o investigadores clínicos pueden considerar el proceso del con-

sentimiento informado como agobiante y como pérdida de tiempo aun cuando éste tiene un efecto positivo en el manejo de casos de alto riesgo.

Es controvertido pero deseable que un miembro adicional del personal médico esté presente durante la discusión del consentimiento informado para que sea testigo de la conversación; en ciertos casos puede ser prudente decirle al paciente adulto que llame a un familiar que esté presente en la habitación como apoyo emocional y además para que el compartir la información favorezca la comprensión de la misma. El paciente puede dar sólo una autorización verbal, sin embargo, la falta de documento no minimiza la importancia de dejar constancia del proceso del consentimiento informado por si un reclamo surge en el futuro. Entre las ventajas del consentimiento informado escrito resalta la importancia que constituye una constancia más completa de la información que se le dio al paciente o a sus responsables, ya que precisa totalmente la naturaleza, beneficio, alternativas y riesgos del tratamiento de una manera concisa y no depende únicamente de la memoria del facultativo o de sus pacientes.

Con todo lo anterior se entiende que el denominado “*consentimiento informado*” no sólo es un paso más en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, sino que es trascendente en la relación médico- paciente.

Es imaginable que el médico, en reiteradas oportunidades, se sienta navegando en un mar de aguas turbulentas, con corrientes por momentos cambiantes, pero es importante que tome conciencia de que un paciente que siente que está debidamente informado, al cual se le aclaran todas las dudas, al que se le trata como actor y no como un simple espectador del proceso de decisiones de vida o muerte, afrontará el tratamiento con mejor disposición y tranquilidad. Un paciente informado resaltará la valía de su *médico*, con el cual transita el camino. Además, también es cierto que una adecuada información, al ofrecer las bases veraces para la toma de una decisión, reduce ampliamente las posibilidades de demandas judiciales.

Hasta aquí estas reflexiones, pero bien podemos decir que el análisis recién comienza.

REFERENCIAS

- Cassileth Barrie R. Informed consent-Why are its goals imperfectly realized? 1980, *N Engl J Med* 306: 639-645.
- Cross Alan W. Ethical and Cultural Dimensions of informed consent. 1982, *Ann Int Med* 96: 110-113.
- Surrogate Mothers. Ethics Committee American Fertility Society. *Fertil Steril* 1994; 62 (5 suppl. 1) 715-775.
- Vélez Correa L.A. *Ética Médica*. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín Colombia, 1996.