

ACADEMIA MEXICANA DE PEDIATRÍA

II Bases éticas y jurídicas

Dr. Gabriel R. Manuell-Lee

*Subcomisionado Médico
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.*

Para poder abordar este tema, tan discutido y muchas veces mal interpretado o utilizado, es necesario hacer algunas precisiones respecto del entorno en el que surge, para posteriormente abordarlo desde su definición hasta su instrumentación.

El avance de la ciencia médica y la tecnología para la atención de la salud se mantiene en desarrollo y crecimiento permanente. Por otra parte, se ha incrementado su utilización como consecuencia de las mayores necesidades de la sociedad en la cobertura de servicios especializados y la “generalización” del derecho a la protección de la salud. Esto se traduce en costos crecientes. Casi todos los países han efectuado grandes esfuerzos para otorgar incrementos en los presupuestos destinados a este fin. A pesar de ello, estos esfuerzos resultan insuficientes o se proyectan como intolerablemente gravosos para la economía general de las naciones.

En este contexto, la filosofía y la ética recuperan un lugar, como expresión de la preocupación de la pérdida de la relación íntima que existe entre el hombre y sus semejantes y el impacto del uso de la tecnología como “representante” de la aplicación de las ciencias médicas modernas, así lo señalan múltiples autores preocupados por estos hechos.¹⁻⁶ Aparece la Bioética, como producto de la aplicación de la ética a los acontecimientos biológicos.⁷⁻⁹

El uso y abuso de los avances de la tecnología, van de la mano de las economías transnacionales que han promovido el nacimiento de los conceptos que han referido como “aldea global”. Demandas y ofertas de todo tipo tienden a homogeneizarse y ecualizarse en un modelo que pierde identidad local, parece fundir las culturas particulares al someterlas a influencias “centrales” o a intereses superiores de fondo económico.

Es en este escenario difícil, entre los cambios de usos y costumbres, con vigencia a escala mundial, en donde aparece el consentimiento bajo información. Sin embargo, los médicos no deben olvidar su esencia, su razón de ser para servir con vocación.

Se entiende por consentimiento bajo información al acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar.

Desde hace algún tiempo empieza a ser de todos conocido que el consentimiento bajo información es una forma de enunciar, y de anunciar, una nueva relación clínica, en la cual se exige a ambas partes un mayor respeto a sus derechos y obligaciones del que se tenía hasta ahora.^{10,11}

Actualmente, ya no se trata de imponer el bien del enfermo al mismo enfermo, con su aceptación más o menos presupuesta o entendida tácitamente, sino de descubrir cuáles son sus expectativas, dudas y preferencias y de adaptarse a ellas con respeto y lealtad, poniendo invariablemente a su disposición los conocimientos, capacidades y posibilidades según los medios de los que se disponga.

Entendido de esta manera, el consentimiento bajo información promueve y fomenta una nueva cultura para la atención de la salud, además de propiciar el desarrollo de una nueva relación clínica, de la misma forma que los derechos humanos lo son de las relaciones humanas en general. Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo el centro de atención y debe ser considerada, en principio, libre y competente para decidir sobre su integridad y su futuro, y, por tanto, debe poder participar activamente en las decisiones clínicas que le afecten, independientemente de su capacidad económica, social o intelectual; la prudencia y las habilidades del médico serán las que le brindarán el equilibrio; esto permite que el paciente pueda aceptar o rechazar lo que se le propone después de tener a su disposición la información suficiente para ello, y no solo eso, sino que podrá asumir su responsabilidad, toda vez que entendió claramente lo que se le informó y otorgó su permiso.

Éste es el principio general, difícilmente discutible, en que se sustenta el consentimiento informado; principio ético antes que jurídico, basado en una adecuada comunicación médico-paciente y en la suscripción previa de un escrito frío, enunciativo y por lo general de difícil comprensión.

En México, a través de la inclusión del consentimiento en la NOM 168,¹² se ha querido garantizar que este procedimiento sea un hecho y permita al paciente ejercer su derecho a la información y otorgue su permiso, basado en el principio de autonomía; para que ello sea posible, el médico debe recabar el consentimiento informado por escrito.

Este hecho no puede ir mucho más allá. Aunque se tenga una base normativa y ésta se cumpla ca-

balmente, el objetivo último no pretende asegurar que la relación clínica sea satisfactoria en cada caso, ni garantizar que la información haya sido correcta, ni que su comprensión haya sido suficiente. Estos parámetros forman parte de la complejidad de cada relación clínica, es decir, son el resultado inevitable de la interacción entre las necesidades cambiantes de cada enfermo y de la sensibilidad y la competencia de cada profesional. Nada puede suplir esta realidad primordial y su inseguridad.

De esta manera, el consentimiento bajo información resulta de una entrevista en la cual el médico explica de una forma clara, con términos simples y entendibles, lo que tiene que realizar en el enfermo con el fin de ayudarlo a recuperar su salud. Una vez que el paciente ha entendido qué le va a hacer, los riesgos y beneficios del procedimiento, así como las posibles complicaciones, otorgue el consentimiento y lo firma, no antes.

El consentimiento no es el formato que se suscribe al ingreso de un paciente al hospital. Tampoco es formato preestablecido para que se firme a través de alguna persona del equipo de salud como requisito previo a la intervención.

Los profesionales de la medicina deben aceptar que una de las competencias y habilidades que se les pide es, junto a los conocimientos sobre las enfermedades, la de ayudar a sus enfermos a entender la situación en la que se encuentran y tomar las decisiones con las que deben hacerle frente.

Las prácticas que más evidencian el olvido o el desprecio del verdadero objetivo del consentimiento en aras de llenar un requisito puramente legal son, en primer lugar, el hecho de que la entrega de la información escrita sustituya a menudo al auténtico diálogo y, en segundo lugar, el primar la exhaustividad de la información sobre su comprensión.

El Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, precisa que la información que debe recibir un paciente previamente a cualquier intervención conforme a la normativa aplicable debe ser "adecuada".¹³ Este concepto de adecuación es importante porque indica que

necesariamente se haga obvio el esfuerzo del médico por personalizar y particularizar, calibrar la situación objetiva y valorar también la subjetiva en el momento de la información. Es lógico que algunas situaciones impongan por sí mismas formas más o menos rígidas: el consentimiento antes de la práctica médico-quirúrgica “no curativa” exige una información más detallada, extensa, mayor que la que se requiere para un evento simple o menos riesgoso.

El escrito firmado debe ser sólo una garantía de que el enfermo ha tenido ante sí este evento comunicativo y está debidamente informado y entendió el caso; pero no de haber aceptado casi coactivamente o bajo presión directa, respecto de una larga lista de riesgos posibles o beneficios esperados, sino de haber comprendido la propuesta terapéutica o diagnóstica y su adecuado balance inherente, en cuanto a riesgos y beneficios. Precisamente para el caso de los documentos, se han realizado esfuerzos tendientes a mejorar los escritos, tan es así que se publican metodologías que describen el contenido ideal y se dan algunas recomendaciones generales para su integración.^{14,15}

La comunicación se debe dar en un ambiente apropiado, con calma y sin interferencias. El lenguaje deberá ser adecuado para la comprensión según el nivel cultural de quienes lo están recibiendo y fundamentalmente se hablará sobre lo que se conoce más de lo que se ignora.

El objetivo fundamental es calmar la ansiedad y fomentar la tranquilidad y la confianza, no se trata de explicar excesivamente los peligros y los riesgos.

Para finalizar, se transcribe un fragmento del libro Metodología del trabajo médico y científico del Dr. Federico Pégola:¹⁶

“... el médico de hoy debe limitarse a la investigación y al tratamiento con la mayor corrección técnico objetiva y al diálogo consciente con el enfermo.

Todos sus informes deberán ser correctos y veraces.

Es preferible callar antes que emitir respuestas falsas.

No se pretende que el médico tenga que revelar brutalmente la verdad, todos sabemos que en ciertas ocasiones la verdad puede perjudicar al paciente que no esté en condiciones de soportarla.

Por tanto, el médico de hoy no solo debería pensar muy bien sus palabras, sino que antes de hablarle a sus pacientes tendría que considerar siempre:

- 1. Si sus palabras serán útiles al enfermo*
- 2. Si son absolutamente ciertas*
- 3. Si es necesario pronunciarlas y*
- 4. Si son totalmente desinteresadas...”*

Queda claro que el justo equilibrio del profesional se halla entonces a mitad de camino entre no decir más ni menos, no preocupar, pero tampoco minimizar situaciones. El sentido común y la inteligencia práctica del médico producirán un informe final elaborado para cada paciente en particular después de haber dialogado entre ambos.

Referencias

1. Ariani G, Patassini U, Nardi LF, Fiorentino S. Operative risk. Patient evaluation, informed consent. *Minerva Anestesiologica*. 1991; 57: 39-42.
2. Clever L. Obtain consent before publishing information about patients. *JAMA*. 1997; 278: 628.
3. Códigos internacionales de ética de la investigación. Perspectivas Bioéticas en las Américas. 1997; 3: 132-7.
4. Consentimiento informado. Documento de difusión del Comité de Bioética, HIGA. Eva Perón; 1997.
5. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa 19 de noviembre de 1996); 1996.

6. Costa MV. El concepto de autonomía en la ética médica: problemas de fundamentación y aplicación. *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. 1996; 2: 89-116.
7. Dawes PJ, et al. Informed consent: what do patients want to know? *J R Soc Med*. 1994; 87: 149-52.
8. Derechos de los pacientes. Bioética, temas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica NO 527; 1990.
9. Derechos de los pacientes. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2001.
10. Dermatis H, Lesko LM. Psychosocial correlates of physician-patient communication at time of informed consent for bone marrow transplantation. *Cancer Invest*. 1991; 9: 621-8.
11. Derechos de los médicos. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2002.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre; 1999.
13. Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa. Monografía y Documentos No. 1. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1997. p. 15.
14. Simón P, Concheiro L. El consentimiento Informado: teoría y práctica. *Med Clin (Barc.)*. 1993; 101: 174-82.
15. Simón P, Barrio MI, Concheiro L. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado. *Med Clin (Barc.)*. 1997; 107: 524-9.
16. Pérgola F. Metodología del trabajo médico y científico. Buenos Aires: EDIMED, Ediciones Médicas; 1986.

