

Consentimiento informado en la paciente embarazada menor de edad

Dra. Laura Estefanía Aguilar-Sierra*

* Médico Anestesiólogo

Comité Dictaminador, Comité de Reglamentos. Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.

Es un deber de los profesionales de la salud dar la debida información, suficiente e idónea, para que el paciente ejerza su derecho al respeto de su autonomía y realizar cuanto sea necesario en su beneficio respetando en todo momento su voluntad, además de asumir su compromiso con la vida. No sería raro saber que en un caso médico legal no se haya realizado el proceso de obtención del permiso o autorización debidamente documentado y requisitado de tan valioso documento. La anotación del consentimiento no sólo debe ser en forma verbal sino escrita para poder lograr la conciencia del paciente del valor jurídico del documento; ésta es la prueba fehaciente como elemento de prueba en caso de reclamos posteriores. Existe una legislación específica que lo regula, la cual está en la Norma Oficial 168 del Expediente Clínico lo que deja al profesional médico en una situación amenazante, al agregar un ícono más a los presupuestos de la responsabilidad profesional por la que debe responder; tales como la impericia, la imprudencia, la negligencia y/o el incumplimiento de los deberes a su cargo; ya que ante un acto médico no sólo puede ser demandado por alguno de los anteriores sino también por la falta de consentimiento informado.

Este valioso documento es el resultado evolutivo del cambio cultural de la relación entre el prestador del servicio y la ciudadanía. Si consideramos al consentimiento informado solamente como un deber del médico y no como el derecho del paciente y el respeto de su libertad, otra vez estamos ante la utilización de una herramienta de la *Medicina Defensiva*. Esto explica el que muchos profesionales estén más preocupados en que el paciente firme que en tomarse unos minutos para sentarse tranquilo y hablar con él, explicando con claridad sus dolencias y los tratamientos, así como la evolución y/o posibles complicaciones.

Recordemos que la medicina defensiva debe solicitar estudios y realizar tratamientos, no por indicación médica sino para tener menos posibilidades de verse envuelto en un juicio por mala praxis. Ésta es una de las causas más importantes del aumento de los costos en los sistemas de salud en la mayoría de los países desarrollados o en vías de desarrollo.

El inicio de este documento proviene del código de Nuremberg de 1947 y la declaración de Helsinki, ambos promulgados por la asamblea médica mundial de 1964 y ratificados en Tokio en 1975; estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y la esencia básica del consentimiento informado. El consentimiento informado en su significado traduce el derecho del paciente dentro de la bioética médica de proteger su autonomía y también es una medida de protección médico-legal para el médico. El término comenzó a circular en los Estados Unidos en 1957 con el caso Salgo, en la cual se realizó un procedimiento translumbrar con lo que Martín Salgo sufrió una parálisis permanente por lo que demandó a su médico con el cargo de negligencia médica y la corte encontró que el médico no le reveló al paciente todo aquello que le hubiera permitido dar su consentimiento y evaluar la magnitud de dicho evento. Desde entonces comenzó a contemplarse la posibilidad de que el consentimiento informado fuera considerado como un derecho del paciente; así del campo jurídico pasó al campo de la ética médica. Un paso más en el desarrollo de la doctrina del consentimiento informado se dio también en los Estados Unidos con el juicio de Natanson V. Kline. Después de una mastectomía, la señora fue sometida a terapia con cobalto; a consecuencia de eso sufrió quemaduras profundas en el hemitórax izquierdo pero no fue advertida por su médico quién, aunque actuó de buena fe y buscando el beneficio para su paciente, violó así los derechos de éste.

EL DERECHO ANGLOAMERICANO se basa en que todo el mundo es dueño de su propio organismo y que por

tanto puede, si está en sus cabales, oponerse o prohibir expresamente la ejecución de operaciones quirúrgicas o cualquier tratamiento, aun cuando el fin sea salvarle la vida. Un médico puede creer que una intervención o alguna forma de tratamiento pueden ser deseables o necesarias pero la ley no le permite sustituir con su propio juicio el del paciente con ninguna forma de artificio o engaño. La pregunta es ¿cuánto debe saber el paciente acerca de su enfermedad, pronóstico o tratamiento? ¿Debe ser a consideración del juicio médico para determinar **qué y cuánto**? En cada caso particular el paciente debe hacer uso de sus derechos pues es el tenor de sus mejores intereses **el bien de la vida**. El paternalismo médico anteriormente utilizado se deriva de la escuela hipocrática y del cristianismo; en la actualidad es autónomo y a la vez el principio moral de la nueva ética médica. En la Grecia clásica el concepto paternalista de la relación médico-paciente era aristocrática, coincidía con la virtud, cuna de nobleza y sangre; la perfección moral se alcanzaba en la juventud y madurez, y **saludable** era sinónimo de inteligencia, a lo que la **enfermedad** significaba ofuscamiento de la mente. El médico era considerado un amigo de la sabiduría, y estaba en condiciones de curar las enfermedades para restaurar el orden perdido por la enfermedad. La enfermedad era causa de desorden y el paciente un individuo desordenado y éticamente inhumano, y el médico era todo lo contrario, representaba el orden de la salud, expresaba lo verdadero, lo bueno, lo bello y su tarea era curar y restaurar las costumbres del paciente y moralizarlo enseñándole en qué consiste su bien natural y moral. El paternalismo médico promulgado por el juramento hipocrático consideró durante muchos años que los pacientes eran incompetentes y por tanto había que excluirlos de las determinaciones médicas (a los pacientes había que defenderlos de la verdad) durante el proceso terapéutico. Este paternalismo desentendido era dogmático y autoritario. Sobre este pensamiento se ejerció la medicina hasta que se estableció la autodeterminación, un derecho moral que el médico debería de respetar o sería enjuiciado legalmente. No todos los pacientes hacen uso de su derecho de autonomía: unos por incapacidad absoluta (neonatos, ancianos incompetentes mentalmente, pacientes en estado comatoso) otros por incapacidad relativa. Tanto en una como en otra circunstancia la autonomía puede ser delegada en el médico, la primera por los familiares, y en la segunda por el mismo paciente. Existe grave responsabilidad para el médico en ambas circunstancias. Entra entonces en juego, de manera dominante, el principio de beneficencia y la defensa de los mejores intereses del enfermo: el consentimiento informado, ejemplo del respeto a la libertad del paciente. Su empleo adecuado mejora la relación y potencia los efectos terapéuticos, al tiempo que aumenta la satisfacción del médico; su mal uso o su ausencia es causa de malentendidos, produce inseguridad en el paciente y pro-

voca graves problemas judiciales. La adecuada comprensión del proceso del consentimiento informado es fundamental para darse cuenta de su importancia, su necesidad y los beneficios que reporta. La inestabilidad anímica del paciente quirúrgico disminuye notablemente cuando se le ha proporcionado una información correcta y adecuada a sus circunstancias; la información durante la evolución de la enfermedad ayuda a garantizar el éxito del tratamiento.

Carta de consentimiento bajo información: son los documentos escritos signados por el paciente o su representante legal mediante los cuales se acepta bajo debida información los riesgos y beneficios esperados de un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Esta carta se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias; serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

La obligación de solicitarlo es primariamente ética. Son condiciones que hay que cumplir para respetar el derecho de los pacientes a tomar decisiones respecto a su salud con su cuerpo.

Debe tener los siguientes parámetros:

Información adecuada sin utilizar coacción.

Total competencia del paciente para consentir o rechazar dicho procedimiento.

Detalle del procedimiento a realizar con riesgos y complicaciones de éste.

Para tener este consentimiento se debe informar:

1. Descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen.
2. Molestias y riesgos más importantes por frecuencia y/o gravedad.
3. Beneficios esperables con su grado aproximado de probabilidad.
4. Alternativas factibles.
5. Curso espontáneo del padecimiento sin tratamiento y consecuencias de ello, opiniones y recomendaciones del médico.

En general, el paciente desea conocer situaciones que le preocupan como es el dolor, la incapacidad, la muerte, y no desea saber la composición química de los medicamentos.

El paciente debe comprender la información y encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores y ser competente para tomar decisiones.

Es indispensable que el profesional se asegure que el paciente comprende la información invitándole a que haga preguntas y tratando de hablar en un lenguaje comprensible y sin terminología médica, respetando su nivel educa-

tivo y cultural. De ninguna forma el consentimiento informado debe utilizarse para la medicina defensiva. El consentimiento informado debe ser una garantía de la autonomía moral del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica. Este es el principio general en que se basa el consentimiento informado ético antes que jurídico. Consentimiento informado es una forma de enunciar, y de anunciar, una nueva relación clínica en la que se exige un mayor respeto a las personas del que se tenía hasta ahora. Así tenemos que el consentimiento informado es una nueva cultura y una culminación en el desarrollo de la relación clínica. Toda persona enferma debe ser considerada, en un principio, libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y por consiguiente debe estar alerta para intervenir en sus decisiones clínicas. A través de la ley, la sociedad ha querido garantizar que este derecho lo pueda ejercer cualquiera, y para que ello sea posible obliga a que exista una ocasión comprobable de haberlo podido ejercer, por lo que se pide sea por escrito; la ley 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. Los profesionales, ahora más que antes, debemos acostumbrarnos a detectar necesidades y a aumentar nuestra sensibilidad para adaptarnos a ellas. No puede aceptarse que la comodidad, la premura o torbellino de la medicina defensiva lleguen a excluir las necesidades del enfermo, entre otras cosas porque esta actitud impide una correcta comprensión (que siempre es esperada por el médico) del hecho clínico y, además, porque en la práctica crea insatisfacción personal; y los profesionales temerosos harían bien recordar que es precisamente la insatisfacción la que acaba generando más problemas. Hablemos ahora de nuestro tema. ¿Quién debe dar autorización en un procedimiento quirúrgico en el área de anestesia en ginecología si es menor de edad? En nuestro país no tenemos nada escrito pero haremos referencia de algunas situaciones a nivel internacional para establecer algunas bases, irnos normando un criterio y determinar la situación de los menores.

Diversas organizaciones internacionales como American Psychological Association, Society for Research and Child Development en 1973 y American Academy of Pediatrics, en 1995, han establecido las pautas para la realización de investigaciones en personas respetando los derechos humanos; sin embargo persisten aún problemas cuando el consentimiento libre informado (CLI) se debe aplicar en la población pediátrica, en particular en los grupos de menor edad y dentro de éstos a los niños *in útero*, al neonato y al niño menor de 5 años de edad. Estas dificultades están relacionadas con el grado de maduración individual y los cuatro factores que determinan la capacidad para el consentimiento informado: razonamiento, comprensión, voluntad y

naturaleza de la decisión a tomar. Estos cuatro factores en la población menor de 15 años de edad se deben tomar en cuenta a través de sus representantes, los cuales a su vez deben estar capacitados para esta función; a esta modalidad se le llama «Consentimiento por poderes o de representación». Jean Piaget afirma que «la gran novedad que caracteriza al pensamiento adolescente y que comienza a manifestarse alrededor de los 11 ó 12 años, pero que recién llega a su equilibrio a los 14 ó 15 años, consiste en la desvinculación de la lógica concreta de los objetos... lo que le permite manipular ideas... elaborar o comprender teorías y conceptos ideales o abstractos»⁽³⁾. El niño se contenta con vivir en el presente, en el dominio de la realidad cotidiana; el adolescente, en cambio, es capaz de hacer proyectos para el futuro, de concebir intereses no inmediatos; es importante señalar que junto al desarrollo intelectual se tiene el desarrollo moral, el cual hasta en la adolescencia llega al relativismo moral, fase que permite hacer juicios morales basados en el razonamiento.

DERECHOS DE LOS NIÑOS

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, surgieron algunas leyes universales durante la reunión del 20 de noviembre de 1959 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, con la finalidad de que los niños puedan gozar de una infancia feliz y bienestar pleno.

El derecho a la salud y el bienestar básicos:

El mayor nivel posible de salud y servicios de salud adecuados.

Una atención especial, si están discapacitados, que asegure su dignidad, promueva su autosuficiencia y facilite su participación activa en la comunidad. Servicios e instituciones de seguridad social y atención infantil. Como se puede observar, el concepto de menor es en realidad tomado como equivalente al de incapacidad física o mental, lo cual en la cotidianidad ha hecho que la participación de los niños, niñas y adolescentes dependa exclusivamente de una visión de adulto centrista, lo cual de hecho ha excluido los derechos de los niños, entre los cuales se encuentran el derecho a emitir su opinión, peligro muy común aun entre los expertos en niñez, quienes podemos llegar a creer que sabemos quiénes son los chicos, qué necesitan, qué desean, qué detestan, qué temen y qué aman

En el caso del aborto en Estados Unidos se requiere hoy en día del consentimiento o la notificación a los padres antes de que una menor pueda realizarse un aborto. Pocas personas negarían que la mayoría de los adolescentes, especialmente los más jóvenes, se verían beneficiados con la ayuda de una persona adulta cuando se encuentran

en la situación de un embarazo no deseado. Pocas personas negarían que lo ideal fuera que dicha ayuda provenga de los padres del adolescente. Pero lamentablemente no vivimos en un mundo ideal. Por una serie de razones, incluyendo el temor al maltrato o abuso de los padres, la adolescente con frecuencia no puede hablar con ellos sobre su embarazo o su intención de abortar. En los 34 estados las leyes exigen la participación de por lo menos uno de los padres para tomar la decisión de abortar; la adolescente que no quiere informar a sus padres debe viajar a otro estado u obtener la autorización de un juez — recurso conocido como procedimiento de «alternativa judicial» — para poder realizar un aborto.

En la actualidad, los miembros del Congreso que están en contra del aborto procuran dificultar aún más la situación para que las menores que residen en estados con leyes que requieren la participación de los padres en caso de aborto, puedan obtener un aborto mediante la llamada «Ley de protección de la custodia de los hijos» («Child Custody Protection Act» — CCPA, por sus siglas en inglés). En Estados Unidos se ha visto que muchos menores tienen la capacidad para prestar consentimiento para su propia atención médica. Muchas de estas leyes autorizan a las menores a dar consentimiento para los tratamientos que entrañan mayor riesgo médico que un aborto del primer trimestre, como por ejemplo intervenciones quirúrgicas durante el embarazo y cesáreas. Sin embargo, muchos de estos estados exigen el consentimiento de los padres para efectuar un aborto. Estados Unidos por el Alan Guttmacher Institute (AGI), determinó que el 63% de las menores que se hacían abortos tardíos (después de las 16 semanas de gestación) mencionaban el temor de contar a sus padres la razón de la demora (Torres & Forrest, 1988). El estado de Minnesota ha retrasado la práctica del aborto en forma temprana pues se efectuó una ley en donde se debe participar a los padres. Algunos estados llegan a pedir la participación de ambos padres; estas leyes ignoran la realidad en la que viven los adolescentes; en el año 2000 aproximadamente 19 millones de jóvenes menores de 18 años vivían con un solo padre y casi 3 millones con ninguno de los dos. Exigir que los adolescentes obtengan prueba certificada de que los padres han sido notificados o presentar un certificado de fallecimiento — en caso de padres fallecidos — puede constituir una barrera logística, llevar a situaciones que violen el derecho a la confidencialidad de padres y adolescentes, u ocasionar importantes demoras. Puede afirmarse que no existe en nuestro Derecho ninguna norma que determine con carácter general la edad o los criterios a los que habría que atender para valorar el grado de madurez del menor o, como se dice en la doctrina francesa, la «mayoría médica», que suele fijarse en los 15 años de edad. Estadísticas realizadas en adolescentes en EUA mostraron que menos del 20% de los mismos buscaría cui-

dados o asesoramiento en forma rutinaria, si ello implicaría tener que notificar y/o involucrar a sus padres en forma compulsiva, en temas como control de la natalidad, enfermedades de transmisión sexual, drogas y abuso de alcohol. Esto sencillamente permite inferir la importancia de que la ley permita al adolescente firmar su propio consentimiento y le garantice la confidencialidad. En el derecho inglés, el Acta sobre Derecho de Familia la sitúa en los 16 años y distingue, además, según las características de la intervención médica. De ahí que, por regla general, sea válido el consentimiento otorgado por los mayores de 16 años sin necesidad de que además consientan los padres. Sin embargo, en los casos de cirugía mayor o de intervenciones de alto riesgo, se aconseja informar a los padres, salvo que el paciente no lo autorice. En los menores de 16 años se atiende también a los distintos tratamientos, con la regla general de que el menor debe ser informado y consentir si es capaz de comprender la finalidad, la naturaleza y los riesgos de la intervención.

En la Ley General de Salud, dice el **Artículo 103**: En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Es importante, entonces, tomar en cuenta todas y cada una de las disposiciones y que quede asentado en el expediente la autorización del familiar y del menor si es posible.

Con la ley Robles tenemos todas y cada una de las cláusulas donde se enumeran en la ley los requisitos «legales para practicar el aborto» y se añan algunas consideraciones que son:

«Las autoridades de la unidad hospitalaria, agilizarán los trámites administrativos necesarios» para que el procedimiento de interrupción se realice lo más pronto posible. Tendrá que resolverse a la mujer embarazada en un máximo de 10 días «naturales» a partir de la primera consulta, a fin de evitar riesgos y daños a la salud materna, que se incrementan conforme avanza la gestación.

Los médicos, continúa, estarán obligados a informar a la mujer que solicite el cese del embarazo, sobre los riesgos y consecuencias que ello conlleva, para que ella decida libre y responsablemente si quiere o no interrumpir la gestación. Definiremos que el aborto es la acción de interrumpir y expulsar el producto de la concepción muerto o antes de que esté en condiciones de vivir independientemente. Existen dos tipos de aborto, los espontáneos o naturales y los inducidos artificialmente.

Los primeros, espontáneos o naturales, son aquéllos en los que no se encuentra presente ninguna decisión personal

sobre tal hecho, sino que el propio organismo expulsa el producto debido a diferentes procesos: malformaciones del producto o problemas como la placenta previa o desprendimiento de la misma, etc.

En el segundo, artificial, es aquel que se realiza atendiendo a una decisión personal, bien por un consejo médico o por un deseo personal.

REFERENCIAS

1. Código de la Niñez y la adolescencia. La Gaceta, Año CXX, No. 26, 6 de febrero. 1998.
2. Defensa de los Niños Internacional. Módulo de Capacitación. Contexto General. Derechos de los Niños, Niñas, y adolescentes. 1997.
3. Grinder R. Adolescencia. Limusa, México. 1 edic. 6 reimp. 1987.
4. Ley general de salud.
5. Acta pediatria Vol. 13 n. 3 San José 1999.
6. Miranda G. Crisis y perspectivas del sector salud hacia el siglo XXI. La Reforma del Sector Salud. En: UNICEF-Ministerio de Salud. Costa Rica, las Políticas de Salud en el Umbral de la reforma. San José. Serie de Políticas Sociales # 1, 1997. pp. 139.
7. Archivos de pediatria del Uruguay vol. 72 n. 1 Montevideo marzo 2001.

www.medigraphic.com