

tiene fin.»

El consentimiento informado ha contribuido a significar el reconocimiento pleno de los derechos del paciente. Su principal aplicación ha sido en la investigación con seres humanos¹, como respuesta a una historia que no ha dejado muy bien situados a muchos investigadores¹. Hoy todo el mundo reconoce el valor del consentimiento informado, no tanto como una protección para el investigador en torno a eventuales demandas y reclamaciones sino, sobre todo como una protección para los pacientes ante eventuales abusos o descuidos por parte de los investigadores².

Pero este escrito se va a referir al trabajo clínico y no al de investigación, aún considerando que los límites entre ambos son a veces difusos y que, para propósitos de un consentimiento informado no se tendrían que establecer diferencias conceptuales o filosóficas.

Antecedentes

El médico contemporáneo trae consigo un bagaje de tradiciones que le honran pero también una serie de atavismos que le anclan. En una sociedad como la de hoy en día, varios de estos últimos han dejado de ser operativos. En la tradición hipocrática el médico ha tenido una actuación paternalista, en el mejor de los casos benevolente si no es que autoritaria. En esta postura se ve apoyado por la actitud de muchos pacientes que no hacen sino complementarla al poner confiadamente las decisiones en manos del médico y comportarse como obedientes procesadores de órdenes. La preponderancia del principio de beneficencia por sobre el de autonomía ha guiado la actuación de los médicos por casi 25 siglos. Esta tradición implica tomar decisiones en bien del paciente pero sin su participación, asumiendo que es sólo el médico el que tiene los conocimientos para ello, aunque siempre, por supuesto, buscando el bien del paciente. Bajo esta perspectiva, y en el mejor de los casos, el médico acaso comunica al paciente las decisiones que ha tomado, y si a éste no le parecen convenientes, siempre puede cambiar de médico o firmar su alta voluntaria pues se asume que el médico siempre actúa en beneficio del enfermo y, además, no se equivoca, en la ilusión de que es omnisapiente y benevolente por naturaleza. El paciente tan sólo se disciplina y acata las instrucciones, de tal modo que lo que se pondera es la pasividad y la obediencia. El buen paciente no protesta, no cuestiona y se entrega confiadamente.

Pero hoy en día la sociedad ha cambiado y el paciente ha adquirido nuevas conductas. Hoy tenemos un paciente con hábitos de consumidor, que compara ofertas, seleccio-

¹ Munson R: Intervention and reflection. Basic sigues in medical ethics. 4a Ed. Wadsworth. Belmont, California. 1991. Pág. 311-402.

² Manuel-Lee G: Consentimiento informado. En: CONAMED: La comunicación humana y el derecho sanitario. Octavo Simposio Internacional. México. 2004.

El Consentimiento Informado: Aplicación en la Práctica de la Medicina

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg*



Application in the Practice of the Medicine

***Director General Adjunto de Coordinación y Desarrollo Institucional. Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.**

na entre varias alternativas y se asegura que lo que le recomendó el médico es lo apropiado, ya sea buscando una segunda opinión o consultando los textos; un paciente crítico y exigente, si no es que desconfiado -lo que, indudablemente, ha contribuido a regular la práctica clínica-, pero sobre todo un paciente conciente de sus derechos. El paciente tiene su propio punto de vista que no siempre coincide con el del médico y lo aporta en el encuentro interpersonal.

El respeto a la autonomía

Respetar la autonomía del enfermo significa considerarlo no sólo un participante activo del proceso de atención sino el dueño auténtico de las decisiones. Autonomía es la facultad de gobernarse a sí mismo y de tomar las decisiones que lo involucran³, pero también la de negarse incluso a seguir las prescripciones si no le parecen convenientes⁴. Para los médicos, el pronunciarse a favor de este principio significa adquirir responsabilidades adicionales como clínicos: además de las tradicionales relacionadas con el diagnóstico, el

práctica profesional, identificar y respetar en lo posible deseos, temores, aprensiones, creencias y valores de los pacientes por más irracionales que les parezcan, conocer el modelo salud-enfermedad del paciente y trabajar con él en la consecución de logros en salud, utilizar las nuevas tecnologías a favor del paciente (asesoría telefónica o electrónica, robótica, telemedicina) y perfeccionar sus habilidades de comunicación⁵.

La autonomía y la sociedad mexicana

Si en toda la sociedad existe, ciertamente, una larga tradición paternalista y de resignación ante la enfermedad, esto parece ser más marcado en la sociedad mexicana en la que se identifica una especie de fatalismo cósmico que les limita para el ejercicio de su autonomía; de hecho, una proporción de pacientes se niega a ejercerla y depositan toda su confianza en el médico, en términos de “lo que Dios diga” y de “me pongo en sus manos”. Además, a diferencia de los países sajones, muchas de las decisiones en nuestro país tienden a ser colegiadas, de tal manera que el paciente

AUTONOMÍA (Autodeterminación)
<ul style="list-style-type: none"> • Facultad de gobernarse a sí mismo. • Capacidad de tomar las decisiones que lo involucran. • Facultad de negarse incluso a seguir las prescripciones si no le parecen convenientes.

LA AUTONOMÍA EN LA SOCIEDAD MEXICANA
<ul style="list-style-type: none"> • Una larga tradición paternalista y de resignación ante la enfermedad “fatalismo cósmico”. • Una proporción de pacientes se niega a ejercerla. • Muchas decisiones son colegiadas (familiares, conyugales, médico-paciente)

pronóstico y el tratamiento, se adquiere la de identificar el grado de competencia del paciente, lo que no siempre resulta tan sencillo; hay situaciones obvias de incompetencia como la demencia o el estado de coma, pero en otras como las enfermedades mentales y los trastornos emocionales puede haber diversos grados de competencia que son difíciles de estimar. También se tiene que valorar la capacidad del paciente para contender con su enfermedad, pues dependiendo de ello se tendría que recurrir a la familia u otras redes sociales, o a una estrategia diferente. Hay que explorar las expectativas que trae el enfermo al encuentro clínico, para acotarlas desde el principio si son excesivas, o para intentar satisfacerlas si son razonables. El médico tiene también que elegir la variedad de relación médico-paciente más conveniente al caso, entender el más amplio contexto de la

consulta con su cónyuge, sus padres o sus hijos antes de asumirlas. Con frecuencia solicitar el consentimiento informado enfrente estas limitaciones. Todo ello no excluye la obligación de los médicos de informar al paciente, de tomar en cuenta sus muy particulares condiciones, de respetar aún sus atavismos, de orientar su actuación en torno a las necesidades del enfermo y de considerar su individualidad.

El consentimiento informado en la práctica clínica

El consentimiento informado en la práctica clínica no puede verse sólo bajo la perspectiva legal sino que tiene que enfocarse bajo la perspectiva ética. La definición que señala que “es el acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada res-

³ Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 5a ed. Oxford University Press. N. York. 2001. Pág. 57-112.

⁴ Engelhardt HT: Consentimiento libre e informado, rechazo del tratamiento y el equipo sanitario: las múltiples caras de la libertad. En: Los fundamentos de la bioética. Paidós. Barceiba. 1995. Pág. 309-99.

⁵ Lifshitz A: Las nuevas responsabilidades de los médicos ante el movimiento emancipador de los pacientes. Summa Bioética 2003;1(3):39-40

pecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar”, si bien tiene el sentido práctico de señalar que el médico propone y el paciente dispone, se queda corta en el sentido de que también el paciente es capaz de hacer propuestas razonables en el terreno clínico, pues al fin y al cabo él es el experto en el padecimiento aunque el médico lo pudiera ser en la enfermedad. El consentimiento informado significa, en el ejercicio cotidiano de la clínica, un diálogo permanente entre médico y paciente, en el que el paciente sabe que es lo que está ocurriendo y, hasta cierto punto, lo que está discutiendo la mente del clínico. Más que verlo como la formalización escrita de una autorización para realizar determinados procedimientos, se tendría que entender como el resultado de una amplia comunicación entre un paciente y su médico, con un intercambio constante de información. En todo caso, los formularios escritos tienen la función de servir de base para una discusión y un análisis por ambos, y no simplemente para alcanzar una anuencia. De hecho, más que consentimiento se tendría que ver como un acuerdo acerca de las mejores alternativas para resolver los problemas del paciente. El paciente tiene un problema, lo plantea al médico, éste contribuye a afinar la definición de tal problema y entre ambos buscan e instrumentan la mejor solución.

Se ha dicho⁶ que hay 6 elementos básicos:

1. El consentimiento informado es un proceso y no un acontecimiento aislado en la relación médico-paciente. Los documentos escritos permiten transmitir informa-

ción al paciente y sirven como registro de que el proceso se realizó, pero difícilmente se pueden considerar la esencia en esta particular comunicación.

2. Se sustenta en la voluntariedad y por ello, los planteamientos deben ser hechos con claridad pero sin coacción, aún la muy sutil que a veces usamos los médicos.
3. Se basa en información transmitida en cantidad suficiente. Definir este límite resulta complicado pero en todo caso tiene que ver con un criterio médico.
4. La información debe ser comprensible y los esfuerzos para ello le corresponden al médico, que se adapta a la situación cultural e intelectual del enfermo. Las dificultades han surgido de que el médico no desciende de su pedestal ni abandona la jerga porque siente que cae en desdoro.
5. Se parte de que se está ante un individuo competente y capaz; de no ser así se tiene que recurrir a alternativas como el decidor subrogado o las directrices anticipadas en el poco probable caso de que éstas existan.
6. La decisión en estas circunstancias corresponde al paciente y los médicos frecuentemente no toleran las negativas.

El consentimiento informado se puede ver como la formalización de un derecho de los pacientes, una forma de protegerse de demandas y reclamaciones, la expresión de un ordenamiento legal o como un requisito burocrático. Por otro lado, se puede visualizar como la máxima expresión de una relación médico-paciente comprensiva y comprehensiva, un respeto irrestricto a la autonomía, una responsabilidad de ofrecer información completa, y un compromiso con los mejores desenlaces para los enfermos bajo la particular visión de ellos mismos.

⁶ Simón-Lorda P: El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. En: Couceiro A (ed.): Bioética para clínicos. Editorial Triacastela. Madrid 1999.