

CIENCIA Y SOCIEDAD
Volumen XXXV, Número 1
Enero-Marzo 2010

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA
EN LA CONSULTA HOSPITALARIA DE LA CIUDAD DE SANTO
DOMINGO (II)**

(The informed assent, autonomy and charity in the hospital consultation
of the city of Santo Domingo)

Ronis Pérez Batista*
Miguel Suazo**

RESUMEN

La propiedad del cuerpo es uno de los temas claves de la bioética para poder establecer una relación médico paciente con calidad moral .

Ello implica reconocer la Autonomía como un principio que enarbolan los pacientes, la beneficencia el médico y el Consentimiento Informado como la mediación puente entre ambos principios.

El reconocimiento y respeto de ellos debe conllevar a la permisión de la toma de decisiones por parte del paciente y como respuesta a la claridad del médico en que ello es un atributo de su pertenencia

Estas variables son estudiadas en esta investigación, con el interés de ver si están presentes en el ejercicio profesional en 10 hospitales de la Ciudad de Santo Domingo.

PALABRAS CLAVES

Autonomía. Consentimiento informado. Decisiones. Relación medico-paciente.

* Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC, República Dominicana.

E-mail: ronisperez@gmail.com, ronisper@intec.edu.do

** Centro Intec de Bioética (Ceninbio), Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC, República Dominicana.

E-mail: drsuazo@gmail.com



Ronis Pérez Batista, Miguel Suazo: El consentimiento informado, autonomía y beneficencia en la...

ABSTRACT

The ownership of the body is one of the key issues of bioethics to establish a doctor-patient relationship with moral quality.

This involves recognizing the autonomy as a principle that the patients own, the medical charity and the informed consent as the mediation bridge between the two principles.

The recognition and respect for them should lead to the permission of decision making by the patient and in response to the clarity of the doctor that this is an attribute of their ownership.

These variables are studied in this research, with interest to see if they are present in the profession in 10 hospitals in the city of Santo Domingo.

KEY WORDS

Autonomy, informed consent, decision. Medical-patient relations.

INTRODUCCIÓN

La segunda parte de nuestra investigación consistió en encuestar a los médicos sobre las mismas variables que se plantearon a los pacientes, ahora nos interesaba ver cómo percibían estos el servicio que ofrecían en tanto centramos en las variables de Autonomía, Beneficencia y consentimiento informado.

La Autonomía es el principio que, identifica a los pacientes en tanto a derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo, la Beneficencia al médico que, entendiendo el bien como la decisión del paciente, asume como bueno y lo respeta. Ya no impone su criterio benéfico a ultranza y el Consentimiento Informado como el paso o autopista sobre la que se desliza este binomio del que quiere hacer el bien respetando lo que el sujeto o dueño del cuerpo decide.



MÉDICOS

Entrevistamos a 50 médicos de las mismas consultas y hospitales, de los cuales el 50% eran hombres y el otro 50% mujeres.

1. Sexo

	Masculino	Femenino
Sexo	25	25
Porcentaje	50.0	50.0

Auto Percepción del trato recibido en la consulta médica

2. (Beneficencia)

CÓMO CONSIDERA UD. QUE ES EL TRATO QUE UD. DISPENSA A SUS PACIENTES EN CONSULTA?				
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Frecuencia	38	12	0	0
Porcentaje	76.0	24.0	0.0	0.0

Esta percepción que tienen los médicos sobre el trato que ofrecen coincide con el ofrecido por los pacientes en tanto entendieron como muy bien y bien y ningún reporte para regular o mal. Esto es un buen punto de partida si ambos coinciden en brindar y recibir una buena atención.

3. CREE UD. QUE DISPENSA A SUS PACIENTES SUFICIENTE CONFIANZA PARA ELLOS PODER HABLAR Y DECIR TODO LO QUE LE PASA?			
	Completamente	No	A veces
Frecuencia	34	1	15
Porcentaje	68.0	2.0	30.0

Los pacientes fueron más categóricos en esta respuesta ya que todos asintieron en haber recibido la confianza suficiente para poder exponer sus problemas de salud. En el caso de los médicos abrieron más el rango incluyendo el a veces y un 2% que admitió no dar esa confianza.

La confianza entra en el mundo de valores de la relación médico paciente y sienta las bases para que se puedan expresar los principios bioéticos en dicha relación. Como consecuencia de ello los médicos reportan que una gran cantidad de sus pacientes siguen yendo a la consulta con frecuencia y solo un 4% no lo hace.

Ya antes vimos que todos los pacientes afirmaron que lo hacen ya que se sienten bien tratados.

4. VUELVEN CON FRECUENCIA LOS MISMOS PACIENTES A CONSULTARSE CON UD?			
	Todos	Casi todos	Nunca
Frecuencia	19	29	2
Porcentaje	38.0	58.0	4.0

Respecto a esa misma confianza depositada y percibida los pacientes afirmaron sentirse permitidos de hablar y expresarse, difiriendo esta vez de los médicos que matizaron sus autopercepciones al decir que en ocasiones interrumpen a los pacientes y no les dejan que amplíen a su gusto y en otras, establecen diálogos.

El tema de la libertad para expresarse sin límites de tiempo no es un obstáculo al consentimiento informado per se. A veces los pacientes se exceden en informaciones que no son significativas y que mas bien pueden estorbar o alargar el tiempo de consulta innecesariamente, razón por la cual no podemos evaluar de manera categórica estas respuestas.

5. DURANTE LA CONSULTA UD. PERMITE A SUS PACIENTES HABLAR HASTA EXPLICAR SU CASO O LES INTERRUMPE Y DIRIGE AL MOTIVO DE CONSULTA?			
	Les dejo hablar todo lo que consideren	Les interrumpo y no les dejo ampliar	Hablamos los dos, con preguntas y respuestas
Frecuencia	14	21	15
Porcentaje	28.0	42.0	30.0

Esta visión queda claramente expresada cuando los médicos admiten que dejan el tiempo necesario si es para preguntas que orienten el motivo de consulta (cuadro), así como para preguntas de aclaración. Lo importante aquí es que el diálogo está abierto y presente.

6. LE PERMITE HACERLE PREGUNTAS DE ACLARACION?			
	Sí	No	Algunas
Frecuencia	42	0	8
Porcentaje	84.0	0.0	16.0

No todo diálogo es indicador de consentimiento informado ni de que el proceso se haya llevado de forma adecuada, se requiere de claridad en la intención de ir dando informaciones para poder concluir en que ello es conducente para la toma de decisiones y ésta estará en manos de los pacientes o en última instancia de un consenso entre ambos.

7. DURANTE LA ENTREVISTA UD. LE VA EXPLICANDO LO QUE VA A HACER EN SU CASO?				
	Completamente	Ni una sola vez	De vez en cuando	No lo considero necesario
Frecuencia	32	0	18	0
Porcentaje	64.0	0.0	36.0	0.0

En este caso vemos que los médicos afirman que les van explicando los pasos que se van a dar en cada caso, si esto no conduce posteriormente a esa libertad de asumir las decisiones no tiene sentido de respeto a la autonomía y sería correspondiente a un modelo paternalista.

Ya en el cuadro correspondiente a éste y en la entrevista a los pacientes ellos han referido que el médico explica cada paso, lo cual coincide con la autopercepción de estos, aunque como vemos en el cuadro siguiente un 48% afirma haber ejercido imposición con respecto al cumplimiento de sus órdenes.

Ello explica lo que antes planteamos. Ni el diálogo, ni las aclaraciones de los procesos son necesariamente indicadores absolutos de una beneficencia bien entendida.

8. LE EXIGE UD. QUE CUMPLAN SUS RECOMENDACIONES O DE LO CONTRARIO LE PIDE QUE SE RETIRE DE LA CONSULTA?			
	Sí	No	A veces lo he hecho
Frecuencia	5	26	19
Porcentaje	10.0	52.0	38.0

En el 84% de los casos los médicos dicen haber explicado los procesos referentes al examen físico que debían realizar y pedido permiso para hacerlo. En el entendido de que son los propios pacientes los dueños del cuerpo es lógico que así sea, pero en el modelo paternalista no se actúa de esa manera sino que el médico se entiende gerente de ese cuerpo e impone lo que el entiende que es el bien.

Así en el examen físico, salvo razones de cortesía, no pide permiso para la evaluación y permite la presencia de terceros. Un 38% admite que no toma esas medidas de solicitar permiso, lo cual es alto para los fines de este estudio.

9. EXAMEN FÍSICO. LE EXPLICÓ QUE DEBÍA EXAMINARLE Y PARA ESO LE PIDIÓ PERMISO?				
	Sí	No	Nunca lo hago	Siempre lo hago
Frecuencia	29	6	2	13
Porcentaje	58.0	12.0	4.0	26.0

No solo el pedir permiso es necesariamente un indicador bioético en el trato sino el respeto por la intimidad y la privacidad en el examen, sobre todo si involucra partes genitales, en las cuales hay que dar el máximo de garantía con opciones para cubrirse con una sábana o uso de batas para examen, la no presencia de terceros, etc.

En este caso vuelve a estar sobre un 30% los casos que admiten no haber respetado esas normas, a pesar de que los pacientes estaban satisfechos con el tipo de examen y el respeto dispensado, tanto que todos admiten haber sido cubiertos y no haber tenido a terceros presentes.

10. AL EXAMINARLE HUBO UN AMBIENTE DE PRIVACIDAD (NADIE EXTRAÑO PRESENTE.). LE CUBRIÓ CON SÁBANAS, U OTRA MODALIDAD?			
	Completamente	Habían más personas y no le pedí permiso	Le examiné delante de todo el mundo
Frecuencia	34	13	3
Porcentaje	68.0	26.0	6.0

De nuevo difieren las percepciones entre los pacientes y los médicos al referirse a las informaciones sobre el examen físico, los primeros dan respuestas afirmativas categóricas mientras que los segundos las matizan con a veces. Es probable que los médicos estén valorando todas sus consultas mientras que los pacientes hablan de manera específica refiriéndose a las que acaban de concluir y sobre la cual se hizo la entrevista.

11. LE EXPLICÓ SOBRE TODO LO QUE IBA A HACER ANTES DE TOCARLE SU CUERPO EN EL EXAMEN?					
	Siempre	Nunca	Algunas veces	Nunca lo hago	Siempre lo hago
Frecuencia	26	0	22	0	2
Porcentaje	52.0	0.0	44.0	0.0	4.0

Sobre el diagnóstico presuntivo los pacientes se sintieron conformes con el proceso, mientras que los médicos de nuevo matizaron pero de todos modos dieron respuestas positivas al respecto.

12. LE EXPLICÓ A ÉL (ELLA) LO QUE UD. SUPONÍA QUE ERA SU DIAGNÓSTICO (PRESUNTIVO)				
	Completamente	No expliqué nada	Él o la paciente preguntó entonces le expliqué	Me preguntan y no contesto
Frecuencia	36	0	11	3
Porcentaje	72.0	0.0	22.0	6.0

Admite que permitió preguntas para una mejor aclaración lo cual va a favor de la autonomía y de la beneficencia que son sustento del consentimiento informado.

13. LE EXPLICÓ EN UN LENGUAJE CLARO QUE PUDIERA COMPRENDER				
	Entendió todo porque hablé claro	No entendió nada porque parece que hablé en un lenguaje muy técnico	No entendió, preguntó y le aclaré	No entendió, preguntó y no le volví a explicar
Frecuencia	43	0	7	0
Porcentaje	86.0	0.0	14.0	0.0

Lo mismo con el lenguaje utilizado para la información. Lenguaje claro según los médicos pero así lo captaron también los pacientes .

14. LE INDIQUÉ HACERSE ALGUNOS ANÁLISIS O ESTUDIOS Y LE EXPLIQUÉ EN QUÉ CONSISTÍA CADA UNO DE ELLOS			
	Sí	No	Le expliqué pero no entendió
Frecuencia	47	2	1
Porcentaje	94.0	4.0	2.0

El tema del lenguaje usado es fundamental no solo si el médico cree que lo hizo o si el paciente lo afirma, hay que volver a preguntarle qué entendió para poder llegar a tal información.

15. LO QUE ELLOS NO ENTIENDEN UD. LO VUELVE A EXPLICAR HASTA QUE ENTIENDAN?			
	Sí, muy amablemente	No se atreven a preguntar	Dicen que no pregunta porque yo les regañé (según ellos)
Frecuencia	49	1	0
Porcentaje	98.0	2.0	0.0

Ya con estos datos queda mas claramente establecida la comprensión si los que no entendieron preguntan y hay facilidad de que el médico responda el número de veces que sea necesario hasta dejar claro el proceso.

16. LE HAN PEDIDO SUS PACIENTES EN ALGÚN MOMENTO SU DESEO DE CONSULTAR CON OTRO MÉDICO ANTES DE DECIDIR SOBRE LO QUE UD. LE INDICÓ?		
	Sí	No
Frecuencia	3	47
Porcentaje	6.0	94.0

El tema de las segundas opiniones no son de buen gusto en el ámbito médico sin embargo vemos que no aparece como una rutina o algo frecuente y que cuando ha sucedido los médicos dicen que lo acogen con normalidad, sin molestarse y coinciden con la visión de los pacientes que contestaron algo similar.

17. SI LE PIDIÓ CONSULTAR A OTRO CÓMO REACCIONÓ UD?				
	Favorablemente	Incómodo y no acepté	Acepté pero incómodo (bajo protesta)	Saltaron la pregunta
Frecuencia	5	0	0	45
Porcentaje	10.0	0.0	0.0	90.0

Toma de decisiones

18. AL TOMAR LA DECISIÓN FINAL SOBRE LO QUE SE TENÍA QUE HACER (ANÁLISIS, ESTUDIOS, TRATAMIENTOS, ETC.) QUIÉN LO DECIDIÓ?			
	Ud. le permitió tomar la decisión	Yo impulsé la decisión	La decisión la tomamos entre los dos
Frecuencia	7	29	14
Porcentaje	14.0	58.0	28.0

A pesar del ambiente de diálogo y respeto en torno a la Autonomía del paciente y la beneficencia del médico al momento de la toma de decisiones el médico tiene la percepción de que ellos impusieron, y que además les corresponde hacerlo, porque los pacientes no saben de eso. Una versión contraria a la dada por los pacientes que entendieron que habían decidido entre los dos.

Aquí se refleja un paternalismo duro, ya que el médico está convencido de que ese es su papel y solo un 14% admite haber dejado la decisión en manos de los pacientes.

19. YO IMPUSÉ LO QUE HABÍA QUE HACER PORQUE ENTIENDO ERA LO QUE LE CONVENÍA Y ESO SOLO LO SABEMOS LOS DOCTORES		
	Así fue	No fue así, lo conversamos y decidimos entre ambos
Frecuencia	31	19
Porcentaje	62.0	38.0

El 62% planteó que impuso la decisión por entender que de eso saben los doctores y un 38% dice haberlo conversado entre los dos, lo cual no obvia que aún hablando lo impusiera.

20. LOS PACIENTES SIEMPRE QUIEREN QUE YO DECIDA LO QUE HAY QUE HACER PORQUE DICEN QUE LOS DOCTORES SON LOS QUE SABEN DE ESO		
	Así fue	No fue así, lo conversamos y decidimos entre ambos
Frecuencia	29	21
Porcentaje	58.0	42.0

El paternalismo es de doble vía, el médico que impone y el paciente que le gusta que el médico decida por reconocerse ignorante del tema y eso no es falso ni malo. Lo ideal es que todo el proceso anteriormente descrito sobre la autonomía y el consentimiento informado condujera a un diálogo y no a una imposición.

No se aspira a que el médico sea suplantado por el paciente sino a que la relación varíe de un médico autoritario, que no explica ni informa, a un médico que abra un abanico de ofertas después de explicar, incluyendo la posibilidad de que el propio paciente delegue en el las sugerencias y decisiones por una mediación del valor confianza.

21. EN TODA LAS CONSULTAS QUE DOY SE HACE:				
	Lo que yo como médico quiera	Lo que el paciente quiera, aun fuera en contra de lo que el médico decía	Lo que entre los dos acordamos	Ninguna de las anteriores
Frecuencia	12	0	37	1
Porcentaje	24.0	0.0	74.0	2.0

Aquí aparece una contradicción ya que predomina el acuerdo mutuo sobre las imposiciones, lo que si queda claro dejando un 0% que nunca entra como opción lo que el paciente quiera decidir, repartiendo a un 24% lo decidido por el médico y un 74% de lo acordado entre ambos.

22. FINALMENTE CÓMO SIENDE UD. QUE SE SIENTEN TRATADOS SUS PACIENTES DURANTE TODA LA CONSULTA?				
	Bien tratado(a)s	Mal tratado(a)s	Conformes	No sé
Frecuencia	33	0	16	1
Porcentaje	66.0	0.0	32.0	2.0

Los pacientes reportaron mejores números al referirse a la calidad del trato mientras que los médicos se ubicaron en que sus pacientes se sintieron entre bien tratados y conformes en un porcentaje menor.

Conclusiones

- Si algo queda claro es que los pacientes sienten un respeto y/o aprecio por los médicos que les hace idealizar esa figura y reducir errores o malos tratos en su autopercepción. Tanto que llegan a diferir las percepciones de éstos y la de los médicos sobre los mismos hechos beneficiando la imagen del médico y exculpándola en ocasiones.
- La Autonomía del paciente como individuo con derechos a ser respetado, oído, bien tratado e informado se evidencia que estuvo garantizado, según revela la investigación. Hay conciencia en los médicos de estos derechos y de la importancia de otorgar un buen trato.
- La Beneficencia como principio enarbolado por los médicos queda claramente establecido en los reportes de las percepciones de los pacientes y los médicos. Con más dureza perciben los médicos sus atenciones y tratos a los pacientes que los que ellos perciben.
- El Consentimiento Informado se plantea como una realidad en el desarrollo de toda la investigación, excepto en la toma de

decisiones. Esto genera una duda moral ya que pudiéramos estar evaluando como ética las atenciones que median en la relación médico paciente y no serlo.

- Lo que define una relación bioéticamente está dada por la toma de decisiones, el paternalismo y no necesariamente por el trato afable o educado, sobre todo en momentos en que se impone un régimen de seguridad social que aporta incentivos por productividad lo cual nos deja dudas.
- No hay duda alguna en que se ha mejorado el trato, la información, el respeto, el diálogo pero que aún no tenemos una cultura que favorezca las propuestas de ofertas terapéuticas o el diálogo dirigido a la búsqueda de consenso para decidir , lo cual tiene como subyacencia aún el tema de la propiedad del cuerpo y la pregunta clave de Quién es el dueño del cuerpo?

Recomendaciones

- Realizar investigaciones de corte bioético que tengan un fin operativo de manera de que estos hallazgos puedan volver a ellos en forma de capacitación
- Retomar el tema a nivel universitario para poder proponer modelos de enseñanza de la Bioética en los niveles del pregrado
- Incluir esta formación a nivel de todas las residencias médicas y maestrías que se imparten a médicos
- Dar conferencias en las salas de espera dirigida a los pacientes para que entiendan sus derechos legales y morales en la consulta.

Bibliografía

1. Garrafa Volnei, Kottow Miguel, Sadaa Alya. El estatuto epistemológico de la Bioética. Mexico Red Latinoamericana y del caribe de Bioética de la UNESCO. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM2005.
2. Santos y Vargas Leonidas. Bioética Crítica. Puerto Rico. Instituto Hostosiano de Bioética. 2006.
3. Gracia Diego. Fundamento y Enseñanza de la Bioética. Bogotá. Colombia. Editorial El Buho. 1998.
4. Acosta Sariego José. Bioética para la sustentabilidad. La Habana. Cuba. Centro Félix Varela. Compilación.2002.
5. Cortina Adela. La Ética de la Sociedad Civil. Madrid.Grupo Anaya S.A.2004.
6. Cortina Adela. El quehacer Ético. Madrid. Santillana. 1999
7. Suazo Miguel. Bioética para nuevos. Santo Domingo.Centro INTEC de Bioética. 2002.
8. Suazo Miguel. Adolesceré: Un nuevo marco axiológico. Santo Domingo. Imprenta La Unión. 2004.
9. Acosta Sariego José “Bioética Global Sustentable”.Revista Latinoamericana de Bioética. 2006.
10. Osorio Sergio Nestor.“Qué hay entre la Ética y la Bioética”Revista Latinoamericana de Bioética 2006 No.11.
11. Simón Pablo. Consentimiento Informado. Tricastela. Madrid. España.

Recibido: 15/04/09

Aprobado: 09/06/09