

LOS ORIGENES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CLÍNICA

JOSÉ EDUARDO DE SIQUEIRA¹

RESUMEN

El presente texto es una revisión histórica del tema de la autonomía y el consentimiento informado. La autonomía del enfermo es uno de los principios fundamentales en cuidados médicos. Cualesquiera que sean los modelos actuales de bioética están contemplados el ejercicio de la autonomía y del consentimiento informado. Todos los pacientes deben de tener derecho de participar como agente activo en los procesos de toma de decisiones y que sean garantizados sus deseos. Toda persona autónoma es capaz de deliberar sobre opciones personales, así que el consentimiento debe de ser un proceso que ofrezca oportunidades de manifestación de libertad, privacidad y que mantenga la confianza entre médicos y pacientes.

PALABRAS CLAVE: Bioética, consentimiento informado, autonomía

ABSTRACT

The present article is a historical review of patient's autonomy and informed consent. Patient autonomy is a fundamental ethical principle in health care. Among the major contemporary bioethical standards related to patients rights are included autonomy and informed consent. Patients have the right to be involved in the decision-making process regarding their health care and health professionals should not treat against their will. Autonomous persons are capable of deliberation concerning personal goals and acting under this direction of deliberation, so, informed consent is a process, which guarantees the patient's freedom, privacy and safety and one of its purposes is to maintain trust between doctors and patients.

KEY WORDS: Bioethics, informed consent, autonomy

El juramento hipocrático es probablemente el más antiguo texto moral que la humanidad conoce y es repetido en cada ceremonia de conclusión de cursos de medicina, en todas partes del mundo occidental. Presenta la siguiente introducción: "Juro por Apolo médico, por Asclepios, Higeia y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, cumplir en la medida de mis fuerzas y de acuerdo a mi criterio el juramento y compromiso que siguen... "

¹ Profesor de Clínica Médica y Bioética de la Universidad Estatal de Londrina; Miembro del Board de la International Association of Bioethics; Presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética. E-mail: jtsique@sercomtel.com.br

El énfasis en el criterio de decisión particular del médico ignorando la opinión del paciente, está presente en varios otros textos de Hipócrates. En “Sobre la decencia”, así se expresa el padre de la medicina sobre el comportamiento del médico a la vista de sus pacientes: “Haz todo eso con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura y distrae su atención, repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar, ni de su estado actual”.

Larga vida tuvo el paternalismo médico, siempre orientado por el principio de que el enfermo carecía de autonomía y era incapaz de tomar decisiones, siendo su única obligación moral, la obediencia. Delante del poder de decisión del médico, le correspondía al enfermo solo el deber de acatar las orientaciones del profesional.

Es de la mitad del siglo XV, el siguiente texto atribuido a Santo Antonio de Florencia: “Si un hombre enfermo recusa las medicinas recetadas por un médico, llamado por él o su familia, puede ser tratado contra su propia voluntad, del mismo modo que un hombre puede ser retirado contra su voluntad de una casa que está por tumbar”.

Al comienzo del siglo XIX Thomas Percival así se refiere a los derechos del paciente: “Cuando un paciente hace preguntas que contestadas sinceramente, pueden resultar en desventuras, sería un grave error revelarles la verdad. Su derecho a la verdad es dudoso o mismo nulo”.

El primer código de ética de la modernidad producido en la mitad del siglo XIX, por la Asociación Médica Norteamericana, recibe una gran influencia de la obra de Thomas Percival y trae en su artículo 1o el siguiente postulado: “El médico debe tratar con atención, constancia y humanidad todos los casos a su cargo(...)A la imbecilidad y a los caprichos de los pacientes debe conceder una disculpa razonable(...)”.

El vínculo de la relación médico-paciente se asemejaba al de una familia, adjudicándose al médico la figura del padre y al enfermo el papel de hijo. Este modelo asimétrico de relación duró hasta el comienzo del siglo XX, cuando pacientes norteamericanos pasaron a enjuiciar médicos que omitían informaciones, impidiéndolos de tomar decisiones autónomas.

La historia pasa a acumular sentencias judiciales apenando médicos que no respetaban las decisiones de sus pacientes. Una paradigmática fue la emitida por el Juez Benjamín Cardozo en el caso “Scholendorf X Society of New York Hospital” en 1914: “Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños”.

A la vista de esta nueva realidad, los códigos de ética profesionales pasan a reconocer al paciente como persona capaz de asumir decisiones autónomas y retiran de la categoría médica, el poder de depositaria de la salud pública y como consecuencia, el tradicional paternalismo médico pierde sustentación.

En el año 1973, se edita el Código de Derechos del Paciente de la Asociación Norteamericana de Hospitales, el cual dispone que “el paciente tiene derecho de recibir de su médico las informaciones necesarias para acceder su consentimiento, antes de iniciarse cualquier procedimiento y/o tratamiento médico”.

Todos los códigos de ética pasaron a incorporar este nuevo mandato. El clásico paternalismo hipocrático sale de escena y la sociedad pasa a debatir los límites sensatos del ejercicio de la autonomía por parte de los pacientes para la toma de decisiones. Se abandona así, la relación radicalmente asimétrica y vertical médico-paciente y se construye, aunque tímidamente, un nuevo pacto de relación, más horizontal y simétrico.

En el año 1974, el Congreso Norteamericano preocupado con la carencia de control social sobre las investigaciones realizadas en seres humanos y reaccionando a situaciones de incontestable falta de respeto a los individuos sujetos de las mismas, constituyó una comisión con la finalidad de proteger a las personas sometidas a pesquisas médicas, iniciativa ésta que es conocida bajo el nombre de "National Commission".

En la época, el caso más famoso y que generó enorme perplejidad pública, fue el "Tuskegee Study", investigación realizada desde el año 1932 con negros de Alabama portadores de sífilis. Pues bien, la "National Commission" estableció como su objetivo fundamental la identificación de "principios éticos básicos que orientarían la investigación en seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina". Después de cuatro años de reuniones periódicas, la Comisión publicó el histórico Informe Belmont, identificando tres grandes principios considerados esenciales para autorizar la realización de las mencionadas investigaciones: autonomía, beneficencia y justicia. Autonomía entendida como la capacidad de cada persona actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa para ofrecer espontáneamente su consentimiento para participar de cualquier experimento.

Se crean entonces dos instrumentos para implementar las recomendaciones del Informe en todos los centros de pesquisas médicas. El primero conocido como término de consentimiento informado firmado por el sujeto de la investigación después de haber sido instruido adecuadamente sobre la metodología y los objetivos del experimento y, en el caso de incompetencia del mismo para manifestar su propia voluntad, se propuso el término de decisiones de sustitución, firmado por los padres o responsables legales de los pacientes.

CONSENTIMIENTO EN ATENCIÓN CLÍNICA

El consentimiento informado en atención clínica es siempre dinámico y se fundamenta en el imperativo de máximo respeto a la dignidad del ser humano enfermo.

La sociedad moderna exige que los médicos reconozcan la competencia de sus pacientes para la toma de decisiones relativas a procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en sus propios cuerpos. Es preciso considerar, sin embargo, que si es reprobable la actitud paternalista, que no reconoce el ejercicio de autonomía de las personas, igualmente irresponsable será la "actitud de Pilatos" que aspira transferir sistemáticamente todas las decisiones para la esfera de dominio de los pacientes, sin que ellos estén adecuadamente informados.

El profesional de la salud, precisa reconocer que el consentimiento pleno ofrecido por el paciente, para cualesquier procedimientos, solamente podrá ser efectuado después de él haber sido suficientemente informado y comprendido todas las variables necesarias para tal decisión y, para tanto, depende enteramente de la iniciativa y dedicación del médico.

La relación médico-paciente necesariamente será dinámica, interactiva y conducida por diálogo respetuoso, siempre considerando que el papel central en la toma de decisiones finales pertenece al paciente.

La medicina moderna convive con el incremento expresivo de diagnósticos de enfermedades crónicas y un sin número de posibilidades terapéuticas, cada una con sus propios riesgos y beneficios, lo que hace el proceso de la toma de decisiones extremadamente complejo. Entre la actitud paternalista y el ejercicio no crítico de la autonomía radical concedida al enfermo, está la prudencia en la búsqueda de las mejores y más razonables decisiones concertadas entre los dos protagonistas, médico y paciente.

Lamentablemente, se percibe una práctica inaceptable de considerar el término de consentimiento informado, como un procedimiento burocrático para obtener del paciente un documento legal de protección del profesional de la salud contra eventuales procesos judiciales. Aspirado, inicialmente, para permitir libres y autónomas decisiones, por parte de las personas enfermas sobre propuestas clínicas, el término de consentimiento se ha transformado en instrumento de protección jurídica de profesionales guiados por la ideología de la medicina defensiva.

Es imperioso retomar el consentimiento como proceso de encuentro y diálogo, entre el profesional de la salud y el paciente, ejercido desde la admisión de éste en cualquier unidad de asistencia médica primaria hasta la alta definitiva efectuada en un hospital terciario.

Además de informaciones suficientes y claras, no se puede aceptar actitudes de coacción, ejercidas por familiares y/o profesionales, para condicionar la decisión del paciente, sobre los procedimientos clínicos. En la cultura latina, se acepta corrientemente, que el médico ofrezca informaciones incompletas sobre la enfermedad, con el objetivo de obtener cómodamente el consentimiento del paciente acerca de las propuestas sugeridas por el profesional. Este tipo condenable de manipulación también es ejercida por familiares, que buscan tener el control sobre las decisiones terapéuticas y diagnósticas sin respetar la voluntad propia del paciente.

En el año 1935, enseñaba el gran clínico español Gregorio Marañón en "Vocación y Ética": "¡ El médico, pues debe mentir y no solo por caridad, sino por servicio a la salud! Cuántas veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la farmacopea!"

Conocido como pacto de silencio es el común acuerdo realizado entre médicos y familiares para ocultarles a los pacientes informaciones consideradas, a priori, como dañosas para el equilibrio mental de los frágiles enfermos. Se debe tener presente que la mentira invariablemente es un mal camino a ser adoptado.

El paciente no pide mentiras piadosas, sino formas piadosas de aproximación a la verdad. Importante, sin embargo, es considerar que el camino que busca conocer la verdad, difiere enormemente de acuerdo a las personas y a los diferentes momentos de la vida de cada uno. Cualquier enfermedad genera diferentes grados de vulnerabilidad individual y construye obstáculos para la lucidez del paciente y el profesional de la salud no puede dejar de reconocerlos.

Tanto la mentira piadosa como la verdad expuesta con frialdad e incondicionalmente por el profesional, muestran la incompetencia de establecer un vínculo saludable entre el paciente y el médico.

La relación médico-paciente, debe siempre tener como presupuesto su singularidad y la necesidad de respeto mutuo. Las solicitudes del paciente por informaciones debe hacer con que el profesional esté disponible para satisfacerla, sin desconsiderar las situaciones comunes de fragilidad personal, miedos y hasta momentos de irracionalidad, por parte del enfermo delante del sufrimiento no deseado.

El flujo de informaciones en la relación médico-paciente debe someterse al respeto debido a los interlocutores y materializarse en acciones de lealtad y auténtico compañerismo. Para esto, no existe otro camino sino el del diálogo realizado con prudencia y discernimiento, pues a menudo ocurrirán situaciones que serán marcadas por momentos de silencio y de lenguaje no verbal llevado a cabo por ambos los protagonistas. Es el paciente, sin embargo, quien debe escoger la forma, el ritmo y los límites de la revelación de las verdades referentes a su molestia, cabiéndole al médico ser leal y atento a las dudas e inseguridades del enfermo y sus familiares.

Para que un proceso de decisiones clínicas tenga éxito, es necesario considerarse las expectativas de los participantes, médico y paciente, en la búsqueda de soluciones y que ambos estén de acuerdo en establecer un diálogo continuo sobre el conocimiento de las dimensiones de la enfermedad, así como de las perspectivas de investigaciones, tratamiento y pronóstico de la misma, llevando en cuenta ventajas e inconvenientes de cada una de las decisiones a ser tomadas.

Debe esta dinámica ser conducida, etapa por etapa, con tiempo para permanentes evaluaciones de todos los procedimientos y, siempre que sea posible, consensualmente adoptados. Hay, sin embargo, situaciones especiales que no permiten el cumplimiento de todas las etapas deseadas: aquellas que abarcan procedimientos de urgencia, en los cuales, se impone adoptar con rapidez los cuidados para la manutención de los datos vitales. Igualmente, los procedimientos de ciertos especialistas, como anestesistas e intensivistas, no siempre cuentan con el tiempo suficiente para una mejor interacción médico-paciente.

Finalmente, otra situación que requiere ser considerada es aquella en la cual el paciente decide libremente transferir la responsabilidad por la toma de decisiones para su médico. Su confianza en el profesional es bastante segura para este tipo de delegación de poder, no significando, todavía, pérdida de autonomía, mismo que esta opción se dé por inseguridad o búsqueda de la reducción de su ansiedad personal.

Merecen atención circunstancias especiales en que la toma de determinadas decisiones clínicas, necesiten del apoyo de personas más próximas de los valores morales o de las creencias de los pacientes, como los de naturaleza étnica, religiosa o cultural. No deben los profesionales de la salud oponerse a tales contribuciones.

En síntesis, la relación profesional de la salud-paciente, debe ser vista como coloquio singular, que tiene inicio con el relato del sufrimiento personal del paciente, se sigue con atención activa, diálogo, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, buscando la cura o el alivio de la enfermedad. No podrá ser en ningún momento el encuentro entre un técnico y un cuerpo enfermo, sino la cooperación entre dos individuos que, aún teniendo historias biográficas y formaciones profesionales diferentes, se estiman como personas que cultivan el respeto mutuo y el reconocimiento incondicional de la dignidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CORDEIRO, A. Bioética para Clínicos, Madrid, Editorial Triacastela, 1999.
FADEN, RR, BEAUCHAMP, T.A. History and a theory of Informed Consent, New York, Oxford University Press, 1986.
GRACIA, D. Fundamentos de bioética, Madrid, Eudema, 1989.
MARAÑÓN, G. Vocación, Ética y otros ensayos, 3ª ed, Madrid, Espasa Calpe, 1947.
MARTIN, L. A ética médica diante do paciente terminal. São Paulo, Editora Santuario, 1993.

TEALDI, J.C. Los principios de Georgetown: análisis crítico in Estatuto Epistemológico de la Bioética, México, UNESCO. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas da la UNAM, 2005.

THE BELMONT REPORT National Comission for the proteccion of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research, Washington, PRR Reports, 1979.

TRATADOS HIPOCRÁTICOS I, Madrid, Gredos,

jtsique@sercomtel.com.br