

A. Montoya-Ariza^a, M. Lavado-Sampere^a,
Y. Molina-Moreno^a y C. Ramón-Cantón^{b,*}

^a Servicio de Nefrología, Consorci Sanitari de Terrassa,
Terrassa, España

^b Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente,
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cramon@cst.cat (C. Ramón-Cantón).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.01.005>
2603-6479/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.

Calidad asistencial. Importancia del consentimiento informado



Quality of care. Importance of informed consent

Sra. Directora:

Actualmente el consentimiento informado (CI) supone un presupuesto y elemento integrado de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica¹.

Es un hecho evidente que el CI ha sido ajeno a la tradición médica, que lo ha ignorado a lo largo de su historia, representando actualmente un elemento esencial en la relación médico-paciente (RMP), traduciéndose en una mejora de la calidad asistencial².

El CI ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que la jurisprudencia ha realizado en el campo de la asistencia sanitaria en los últimos siglos. Hoy día, constituye una exigencia ética y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países desarrollados. El CI tiene por tanto su origen en derechos fundamentales como la vida, la salud, la dignidad humana, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad. En el plano asistencial, debe entenderse como la manifestación plena de la voluntad del paciente, sus tutores o familiares. Para ello han de ser convenientemente informados por el facultativo acerca de las consecuencias de dicho tratamiento. La información ha de ser clara, entendible y oportuna. Esto permitirá que tanto el paciente como sus allegados responsables manifiesten la aceptación del procedimiento propuesto³.

En tiempos pretéritos, la RMP era de tipo unidireccional, pues el facultativo desempeñaba un papel predominante sobre un enfermo supuestamente desvalido. El médico decidía de forma aislada el tratamiento a seguir sin consultar con el paciente al considerarlo como una persona débil tanto física como moralmente. Este modelo exigía obediencia y confianza en el facultativo, el cual debía tener la suficiente autoridad para cumplir con el deber de buscar el máximo beneficio objetivo sobre el enfermo. A este deber se le llama actualmente «principio de beneficencia» y constituye la esencia del modelo «paternalista», en el cual el objetivo es la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite la omisión del otro⁴.

En el momento actual, el enfermo espera que se respeten sus derechos y su autonomía para decidir, solicitando al facultativo la adecuada competencia técnica para

solucionar sus aspiraciones y deseos. Hoy día, el CI representa el principio de autonomía del paciente, la base moral de la doctrina del mismo. Dicho principio de autonomía implica la consideración del paciente como un sujeto autónomo con derecho a decidir si una determinada intervención le resulta adecuada aun cuando su propia vida corra riesgo, siendo obligación del facultativo no interferir en sus decisiones, limitándose a apoyar al paciente en su elección. Este concepto ha sido englobado en el CI, que actualmente no solo se ha convertido en una figura clave del mundo sanitario, sino que se encuentra positivizado en el ordenamiento jurídico, siendo considerado como un derecho humano, un imperativo ético y una exigencia legal⁵.

Es por ello que el CI representa el elemento más trascendente en la nueva RMP, garante de la autonomía del paciente y por tanto de una mejora de la calidad asistencial. Sin embargo, en la práctica clínica, el principal error con respecto del mismo constituye su identificación con un simple «documento legal» que impide su consideración por parte del facultativo como un elemento clave del proceso asistencial, en el cual la firma para su autorización por parte del paciente constituye el último eslabón de una cadena formada en primera instancia por el proceso informativo y finalmente por la deliberación conjunta con el paciente. De hecho, en el contexto de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el CI debe entenderse como un proceso gradual dentro de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente y capaz recibe del profesional la información adecuada, en términos comprensibles, que le capacita para participar de forma voluntaria, consistente y activa en la toma de decisiones respecto del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Igualmente, el CI representa una declaración de voluntad efectuada por un paciente, quien tras recibir una adecuada información referida a su dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable decide prestar su conformidad y someterse al mismo⁶.

El respeto de los valores éticos en la práctica asistencial precisa no solamente del cumplimiento de los deberes jurídicos, sino que requiere de una actitud médica en la cual el CI representa un instrumento para que el paciente sea dueño efectivo de su destino, con respeto a su dignidad personal, proporcionándole información completa, veraz y adecuada acerca de su dolencia, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos⁷.

Así pues, el documento del CI representa una garantía de mínimos, pero solo una buena práctica clínica, una actitud adecuada y una buena interacción entre el médico y el paciente pueden finalmente garantizar los derechos de este

último, y de este modo asegurar una garantía de la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Sung C, Herbst JL. The ethics of caring for hospital-dependent patients. *BMC Med Ethics*. 2017;18:75.
2. Paudel B, Shrestha GK. Perception on informed consent regarding nursing care practices in a tertiary care center. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2016;14:328–31.
3. Keränen T, Pasternack A, Halkoaho A. Hope for better treatment in participating clinical drug trials. *Duodecim*. 2017;133:587–91.
4. Grünloh C, Myretreg G, Cajander Å, Rexhepi H. "Why do they need to check me?" Patient participation through eHealth and the doctor-patient relationship: qualitative study. *J Med Internet Res*. 2018;20:e11.
5. Schäfer WLA, Boerma WGW, Schellevis FG, Groenewegen PP. GP practices as a one-stop shop: How do patients perceive the quality of care? A cross-sectional study in thirty-four countries. *Health Serv Res*. 2017;21:29–32.
6. Chisholm J, Sheather J. Medical ethics in times of conflict - why silence is not an option. *Indian J Med Ethics*. 2018;3:39–142.
7. Hansen TWR. Patient autonomy is a right but exercising that right may not be an obligation for patients and kin. *Am J Bioeth*. 2018;18:32–3.

J.D. Sánchez López^{a,b,*}, I. Rodríguez^c, V. Carriel Araya^d y M.L. Moreno Martín^e

^a *Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España*

^b *Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España*

^c *Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina*

^d *Grupo de Ingeniería Tisular, Departamento de Histología, Facultad de Medicina y Cirugía de Granada, Granada, España*

^e *Servicio de Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.02.002>

2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Eutanasia como paradigma de la autonomía del paciente



Euthanasia As Paradigm Of Patient Autonomy

Sra. Directora:

Desde un punto de vista etimológico, eutanasia deriva del griego *eu*, bien y *thanatos*, muerte, por lo que no significa más que una buena muerte. Desde este punto de vista la eutanasia constituye una legítima aspiración del ser humano. Los médicos, estaremos obligados por tanto a que nuestros enfermos mueran en las mejores condiciones. Tradicionalmente, la muerte no ha constituido un problema clínico ya que la función del médico ha sido la de preservar la vida y promover la salud entendida según la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: «no solo como ausencia de enfermedad, sino como completo bienestar físico, psíquico y social». En el pasado, el médico ni siquiera asistía a la muerte, como máximo era un *nuntio mortis*, esto es, aplicaba sus conocimientos para predecir el momento en que esta había de llegar. Actualmente, en el que asistimos a una medicalización de la muerte, bien sea a nivel hospitalario, en unidades de cuidados paliativos o a través de un programa de hospitalización a domicilio, el médico asiste a esta circunstancia en primera persona. Es por ello que frente a este fenómeno el facultativo ha de disponer de elementos prácticos. Cada vez que un profesional se plantea la cuestión de cómo actuar en la difusa frontera que separa la vida de la muerte, ha de reflexionar, a ser posible en colaboración con el enfermo, su familia y el resto del equipo asistencial,

sobre la actitud a tomar y tratar el problema de forma individualizada. Lo habitual es tener dudas en la toma de decisiones ante esta situación, por lo que la prudencia será la mejor consejera, y resultaría pretencioso creerse en posesión de la certeza absoluta. Las respuestas a la creciente complejidad de las decisiones clínicas son por una parte el fundamento de la medicina basada en la evidencia (MBE)¹, y por otra parte de la medicina basada en los valores propuesta por Bill Fulford, profesor de psiquiatría en Warwick y de filosofía en Oxford². Este tipo de medicina deriva de la teoría filosófica de los valores desarrollada por la Escuela de Filosofía Analítica de Oxford y pretende transformar el modelo médico tradicional, fundamentado en datos, en un modelo más equilibrado de hechos y valores. En la práctica se trata de una toma eficaz de decisiones en aquellas situaciones en las que están en juego valores diferentes, conflictivos, pero a la vez legítimos. La medicina basada en los valores pretende poner de manifiesto los diversos valores presentes en la práctica médica y resolver estos conflictos³. En la sociedad actual, el progreso científico crea nuevas posibilidades de elegir, poniendo de manifiesto una mayor diversidad de valores debido a un aumento del individualismo, el cuestionamiento de las normas sociales y el relativismo producto de la globalización. Es por ello que la problemática de la eutanasia es un fenómeno ligado a sociedades desarrolladas. Pese a ello entre aquellos pertenecientes a una misma ideología existen discrepancias. Así con respecto de la muerte, para el teólogo Hans Küng⁴ esta no es más que un trámite hacia la vida eterna, el filósofo Rilke reclama el derecho a su propia muerte, mientras que para el teólogo Karl Rahner⁵ la muerte es un acto activo, reclamando una cierta libertad para la misma, ya que sería incomprensible que el tránsito hacia la vida eterna fuese un fenómeno pasivo, ajeno a la libertad individual. Ante la