

DOCUMENTOS SEMFYC

Sobre bioética y medicina de familia (IV)

R. Altisent Trota, M.T. Delgado Marroquín, L. Jolín Garijo, M.N. Martín Espíldora, R. Ruiz Moral, P. Simón Lorda y J.R. Vázquez Díaz

Grupo de trabajo de la semFYC.

Palabras clave: Bioética; Consentimiento informado; Medicina Familia.

El consentimiento informado

P. Simón Lorda

El consentimiento informado como nuevo modelo de relación médico-paciente

Es muy frecuente que los profesionales sanitarios —tanto de atención primaria como de especializada— entiendan el consentimiento informado desde un punto de vista fundamentalmente legal, como un elemento de la denominada «medicina defensiva». Y es cierto que los componentes legales del consentimiento informado son ya muy relevantes, tanto en el plano legislativo como en el jurisprudencial. Entre los profesionales de atención primaria es además muy generalizada la opinión de que el consentimiento informado es una cuestión típica, propia y exclusiva del ejercicio hospitalario. Tal confusión suele tener su origen en la desafortunada identificación del consentimiento informado con los formularios escritos, con los papeles, con las firmas, cuyo uso suele estar limitado a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos de uso casi exclusivamente hospitalario.

Ambas percepciones de lo que sea el consentimiento informado son profundamente erróneas. Lo cierto es que el consentimiento informado es mucho más que un mero requisito legal, que es una cuestión directamente relacionada con la medicina de familia, y que los formularios escritos también tienen sentido en la atención primaria si se sabe utilizarlos. Por decirlo todavía con mayor claridad: el consentimiento informado constituye, de hecho, la columna vertebral del comportamiento ético de

todo profesional de atención primaria, incluso con mayor radicalidad aún que en el caso de un profesional hospitalario. El consentimiento informado no es, pues, una cuestión postestativa, sino un derecho del enfermo, y por tanto una obligación ético-jurídica central en la definición de la medicina como profesión y un parámetro fundamental de medida de la calidad asistencial.

En realidad, el consentimiento informado constituye el núcleo de todo un nuevo modelo de la relación médico-enfermo que implica un profundo cambio de actitudes (morales) en los profesionales sanitarios. Este nuevo modelo viene a sustituir al que tradicionalmente ha dominado la práctica médica: el modelo paternalista, en el que el enfermo era un minusválido físico, psíquico y moral, incapaz de tomar decisiones por sí mismo, y donde el médico actuaba como hace un padre con sus hijos, decidiendo en su lugar lo que entiende que es lo mejor para ellos. El modelo de relación médico-enfermo que propone el consentimiento informado es sin embargo bien diferente. Parte de la convicción de que, mientras no se demuestre lo contrario, las personas son seres racionales autónomos, capaces de tomar decisiones en todo lo relativo a su salud y su enfermedad, a su vida y a su muerte. Y puesto que son capaces, son ellos quienes tienen que hacerlo y no el médico en su lugar. La tarea del profesional es en este modelo muy distinta a la del anterior: su obligación moral no es ahora procurar el mayor beneficio posible tal y como el médico lo entiende independientemente de lo que opine el paciente, sino ayudar a éste a descubrir y decidir qué es lo que le parece lo más beneficioso para sí mismo. Esto es, el profesional ofrece ahora al paciente un punto de partida: lo que desde su perspectiva como profesional de la salud con sus conocimientos

y experiencia estima que es la decisión clínica más acertada. A partir de ahí se inicia un proceso dialógico, donde el intercambio mutuo de información es un aspecto decisivo, que culmina cuando el paciente autónomamente decide qué opción diagnóstica o terapéutica acepta y cuál rechaza. El único límite inicial a la decisión personal del paciente viene dado por aquello que la sociedad en conjunto haya definido como dañino o maleficente (lo médicamente contraindicado) o injusto (lo económicamente no equitativo), acciones tales que un profesional no puede realizar aunque sean solicitadas autónomamente por el paciente. Por ejemplo, un profesional no puede acceder a la no rara insistencia de un paciente con una migraña común de que se le realice una TAC, porque ello supone una gestión deficiente de los recursos y es injusto, y ello por más que el paciente la solicite autónomamente.

La idea de «proceso» es crucial en la teoría del consentimiento informado porque aporta una idea dinámica, histórica, al concepto de consentimiento informado. Se opone pues a la idea de «acto», hecho aislado, que es la noción que habitualmente se tiene del consentimiento informado, ejemplificada por la lectura y firma ritualizada de un frío formulario escrito. Frente a esta simplificación el proceso de consentimiento informado es la historia de una relación, una historia que puede narrarse, leerse a través de la historia clínica. Y una de las peculiaridades del consentimiento informado en atención primaria es que resulta una historia siempre abierta, un proceso continuo y continuado, aunque construido a través de la acumulación de las pequeñas porciones de tiempo que aporta cada visita, y de la suma del conjunto de las decisiones concretas que hay que realizar en cada momento. Esta narración viva permite construir un con-

(Aten Primaria 2000; 25: 438-447)

texto de sentido que vaya concretando la autonomía del enfermo y la beneficencia del profesional, cosa que en la atención especializada, con un tiempo total de relación más recortado –aunque a menudo vitalmente más impactante– resulta más difícil de perfilar.

Elementos fundamentales del consentimiento informado

Estos elementos se agrupan en tres grandes apartados: elementos normativos, excepciones y herramientas de aplicación práctica.

1. Los *elementos normativos* comprenden:

Un proceso continuo, dialógico (hablado)

En ocasiones requiere apoyo escrito y tiene que ser registrado de manera adecuada. En este sentido el médico de atención primaria debería acostumbrarse a incluir en su historia el reflejo de los acontecimientos que componen el proceso de información y consentimiento, igual que anota el motivo de consulta, la exploración o el plan terapéutico.

Voluntariedad

Esto es, un proceso no coaccionado y no manipulado. La coacción se puede ejercer de muchas maneras, si bien es cierto que en el ámbito de la atención primaria es más difícil que en la hospitalaria, en la que, por ejemplo, la amenaza del alta voluntaria puede ser un procedimiento coactivo. Pero sí se puede manipular a los pacientes, y con bastante facilidad. Por ejemplo, presentando la información de tal manera que se precipite la decisión que el profesional estime como más deseable por el motivo que sea. Un ejemplo paradigmático de esto es la información presentada en forma de porcentajes probabilísticos. Por ejemplo, si sólo se dice a una paciente seropositiva embarazada que de cada 100 niños de madres seropositivas que nacen hasta 30 tendrán la enfermedad, posiblemente se esté condicionando a la mujer a favor del aborto, una decisión siempre trágica se mire como se mire. Pero si sólo se le dice que de cada 100 niños de madres seropositivas que nacen hasta 70 estarán sanos, se la estará probablemente induciendo a minimizar un riesgo de contagio de su hijo que es

muy real. Ambas informaciones son, sin embargo, ciertas y precisamente por eso ambas deben de ser expuestas simultáneamente si se desea que la mujer decida en libertad. Lo contrario sería manipularla.

Información suficiente

En general, todo el mundo acepta que hay que explicar al paciente la naturaleza y objetivos del procedimiento, sus riesgos y efectos secundarios posibles, y las alternativas que existen, con sus pros y contras respectivos. Donde más conflicto ha existido siempre es en la extensión con la que hay que detallar los riesgos y efectos secundarios. Es ya muy sabido que la teoría judicial norteamericana ha usado tres criterios: el del médico razonable, el de la persona razonable y el subjetivo¹. De los tres, el que sigue siendo más influyente en Estados Unidos es el primero, a pesar de haber sido muy criticado. En nuestro país, desde el punto de vista legal no existe claridad en la materia. Se habla con frecuencia del criterio del riesgo típico, que dice que hay que informar de los riesgos típicos, esto es, de los muy frecuentes y de los muy graves. Sin embargo, desde el punto de vista ético, puestos ya en una forma de entender el consentimiento informado como un proceso abierto, parece lógico que la información que haya que proporcionar tiene que ser la que el paciente subjetivamente necesite para poder tomar una decisión.

Evidentemente, las posibilidades reales de realizar procesos de consentimiento informado en la consulta de atención primaria dependen de la realidad de la demanda asistencial diaria que viva cada médico. No se pueden pedir milagros, pero en cualquier caso el médico tiene la obligación moral y legal de realizar dichos procesos en la medida de lo posible, como todas las demás actividades preventivas, educativas o de control que se realizan en una atención primaria de calidad. En volúmenes de demanda diaria de tipo medio o bajo, los procesos de consentimiento informado deberían ser una práctica rutinaria, adaptada a cada caso. Obviamente, en función del tipo de decisión clínica que deba de tomarse, el profesional puede precisar más tiempo. En tales casos la salida es volver a citar al enfermo de forma programada y disponer así de tiempo suficiente pa-

ra la comunicación y la toma de decisiones.

Información comprensible

Adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente. Esto es muy importante porque los médicos se deslizan con gran frecuencia hacia el uso de un lenguaje altamente tecnificado; también los médicos de familia. El uso correcto del lenguaje verbal, no verbal y del lenguaje escrito constituye por tanto una habilidad ética, irrenunciable para el proceso de consentimiento informado.

Competencia

Capacidad por parte del paciente para comprender la información, evaluarla y comunicar su decisión. No nos detendremos mucho en esta cuestión, a pesar de ser un elemento fundamental, pues es de una gran complejidad. Baste con decir que en nuestro país todavía tenemos que clarificarnos acerca de los criterios, estándares y protocolos de evaluación de la capacidad. En cualquier caso, cuando un paciente que llega a la consulta es claramente incapaz –lo cual puede tener repercusiones legales muy importantes–, son otros los que tienen que adoptar decisiones en su lugar, con lo que se inaugura el complejísimo campo de la ética de las decisiones de representación, que no se abordará aquí.

Toma de decisión

Finalmente el paciente toma una decisión, que es de aceptación o rechazo de la medida diagnóstica o terapéutica propuesta por el profesional, y que con frecuencia es el punto de comienzo de un nuevo proceso de adopción de decisiones. Los sanitarios toleran mal las decisiones de rechazo de los pacientes. Pero lo cierto es que, si esa decisión cumple todos los requisitos anteriormente señalados, debe de ser respetada. Tampoco la decisión de rechazo debe de conllevar el abandono del paciente, sino reiniciar el proceso de información y consentimiento para buscar la decisión más aceptable para ambos. Si la decisión adoptada por el paciente es en conciencia inaceptable para el médico, entonces éste tiene la obligación de dirigir al paciente a otro médico con el que pueda proseguir el proceso de atención.

2. Las *excepciones* clásicas a la teoría del consentimiento señalan aquellas situaciones en las que se considera justificada la no obtención del consentimiento informado en un caso determinado. El sanitario que quiera apelar a ellas carga con la prueba de demostrar fehacientemente que su aplicación constituye el «mal menor» desde el punto de vista moral. Son las seis siguientes:

1. Urgencia vital que requiere actuación profesional inmediata y no existe tiempo o posibilidad de comunicarse con el paciente.
2. Incompetencia del paciente, lo que obliga a que el proceso de consentimiento informado se realice con sus representantes.
3. Grave riesgo para la salud pública, lo que puede incluso legitimar actuaciones sanitarias coactivas, aunque no corresponde al médico adoptarlas por su cuenta.
4. Imperativo legal o judicial.
5. Renuncia expresa, voluntaria e informada, a recibir información o a tomar decisiones, delegando tales funciones en el sanitario, aunque el paciente es el que tiene finalmente que consentir o no al procedimiento diagnóstico o terapéutico.
6. «Privilegio terapéutico»: aquella situación en la que el médico le oculta información al paciente o no le pide su consentimiento para una actuación diagnóstica o terapéutica porque estima que ello le produciría al enfermo un daño psicológico grave.

3. Las herramientas de aplicación práctica que permiten realizar un proceso de consentimiento informado son fundamentalmente tres:

1. Las técnicas de entrevista clínica y relación de ayuda, que permiten estructurar el encuentro médico-paciente de una forma metodológicamente adecuada.
2. Los protocolos de evaluación de la competencia o capacidad, que nos permiten saber cuándo un paciente no está en condiciones de tomar decisiones y son por tanto otros los que deben hacerlo en su lugar.
3. Los formularios escritos de consentimiento informado, que sirven para apoyar el proceso oral -si están bien diseñados-, para registrarlo y monitorizarlo y, por último, para probar legalmente que se dio información y se obtuvo el consentimiento.

Como se decía al principio, la atención primaria no es necesariamente ajena al empleo de formularios escritos. De hecho, puede tener contacto con los formularios escritos de consentimiento informado por tres vías distintas.

Una, porque los pacientes lleguen a la consulta para que se les explique el contenido de un formulario escrito que el especialista del ambulatorio a quien habían sido derivados les ha ordenado, sin dar más explicaciones, que traigan firmado cuando vuelvan para hacer la prueba o intervención en cuestión. En esta circunstancia, el contacto del médico de primaria con el formulario obedece a un mal uso del formulario por parte del especialista, que ha pervertido totalmente su sentido. Ello no quiere decir que aquél pueda obviar su responsabilidad moral, que consiste, por un lado, en ayudar al paciente a comprender el sentido de lo escrito, y por otro, en señalar al especialista lo inadecuado de tal actitud poniendo en marcha para ello los procedimientos que se estimen oportunos. La segunda consiste en que los equipos de atención primaria y los especialistas ambulatorios consensúen algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren formularios escritos y decidan un procedimiento de uso del formulario. Tal uso podría consistir, por ejemplo, en que, ante la oferta de indicación de una prueba de ese tipo, el médico de familia debe de facilitar al paciente la lectura y discusión del formulario, hasta que todo se comprenda adecuadamente y se tome una decisión final. Una vez hecho esto el paciente será derivado al especialista que tenga que efectuar la prueba o intervención, quien volverá a revisar con el paciente la información y obtendrá finalmente su consentimiento, firmando ambos el formulario. La tercera vía es mediante la puesta en marcha de formularios escritos para su uso en determinadas procedimientos de uso directo en atención primaria. Por ejemplo, el test del VIH².

Bibliografía y comentarios

1. Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica. (I y II). Med Clin (Barc) 1992; 100: 659-663 y 101: 174-182.
2. Sobre el test de VIH ya hemos propuesto un modelo de formulario en otro lugar. Cif. Simón Lorda P, Barrio Cantale-

jo IM. Bioética, información e infección por VIH. FMC en Atención Primaria 1994; 1 (5): 299-309.

Confidencialidad y secreto médico

M.T. Delgado Marroquín

En términos generales, el principio de la *confidencialidad* hace referencia al derecho del paciente, y al deber que tiene el médico, de guardar silencio sobre todo aquello que conozca en el ejercicio de su profesión.

Este deber obliga al médico y a toda persona que, por su profesión (enfermeras, auxiliares, estudiantes, administrativos, celadores...) o situación personal (cónyuges, hijos etc.), tengan conocimiento de materias objeto de secreto, siendo responsabilidad del médico que atiende al paciente que estas personas conozcan y cumplan su deber¹.

La evolución histórica de la relación médico-enfermo hasta la actual relación equipo de profesionales de la salud-individuo que solicita un servicio, ha influido, de alguna manera, en el alcance y contenido del término confidencialidad. En las instituciones sanitarias, a la historia clínica de un paciente tienen acceso muchos profesionales que, con rectitud de intención, eso en principio no se duda, pueden llegar a conocer muchos datos pertenecientes a la esfera más íntima de la persona. Ésta tiene el derecho de saber quién y qué datos sobre sí misma son conocidos e, igualmente, el derecho a que éstos sean respetados². Una más de las instituciones sanitarias en las que un individuo es atendido por un equipo multidisciplinario es el centro de salud³.

Marco legal de referencia

El secreto profesional, y el médico en particular, está legislado tanto civil⁴ como penalmente⁵. La ley también especifica los casos en los que debe revelarse el secreto profesional⁶ y las penas derivadas de no hacerlo⁷.

Marco deontológico de referencia

Desde el Juramento Hipocrático hasta nuestros días, todos los códigos deontológicos han recogido el secreto