

MESAS DE TRABAJO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ASPECTOS ÉTICOS

RAMÓN CÓRDOBA PALACIO

Profesor Emérito de la Universidad Pontificia Bolivariana
Profesor Titular de Pediatría de la Universidad de Antioquia
y de la Universidad Pontificia Bolivariana
Profesor de Historia de la Medicina y de Bioética
de la Universidad Pontificia Bolivariana
Presidente del Tribunal de Ética Médica de Antioquia
Miembro de CECOLBE

Porque cuando el médico, sin renunciar a su papel de monarca, olvida el más divino de los paradigmas, el de padre, cae en el peor de los procederes posibles, el de tirano. Si en el primer caso se hace del enfermo un hijo, en el segundo se le convierte en esclavo.

Diego Gracia Guillén

Desde hace unos años el tema "consentimiento informado" ha irrumpido, con justificada insistencia y con impacto más o menos intenso, en la práctica de la medicina. Se ha analizado en extensos y sesudos estudios, especialmente desde el campo del Derecho, en los cuales se indica al médico la responsabilidad que el concepto crea para él y los requisitos legales o jurídicos para cumplir con las exigencias del mismo. Pero poco, al menos entre nosotros, se han difundido los fundamentos éticos de dicho consentimiento y cómo, exista o no la determinación jurídica o legal, el médico adquiere en el ejercicio de su misión ineludibles obligaciones con sus pacientes, obligaciones que exigen el conocimiento y la práctica del llamado "consentimiento informado", al cual algunos autores agregan el calificativo de "libre" (1).

I. ETIMOLOGÍA Y SIGNIFICADO DE LOS VOCABLOS

Enseña al respecto la Real Academia (2), en la vigésima primera edición de su Diccionario de la Lengua Española: «**consentimiento**. m. Acción y efecto de consentir. 2. *Der.* Conformidad de voluntades entre los contratantes, o sea entre la oferta y su aceptación, que es el principal requisito de los con-

tratos». Y, ¿qué es consentir? Según la academia y obra citadas (2), “*consentir*. (Del lat. *consentire*.) tr. Permitir una cosa o condescender en que se haga. Ú. t. c. intr. 2. Creer, tener por cierta una cosa”.

Y sobre *informar*, de donde viene el participio *informado*, nos enseña: «(Del lat. *informare*.) tr. Enterar, dar noticia de una cosa. Ú. t. c. prnl. 2. ant. fig. Formar, perfeccionar a uno por medio de la instrucción y buena crianza».

En consecuencia, podemos aceptar que el consentimiento informado consiste en la conformidad de las voluntades del paciente y del médico en las decisiones y acciones del segundo en su misión frente al primero, previa una información adecuada, suficiente, suministrada por el profesional de la medicina, y una aceptación o rechazo de la misma en forma autónoma y libre. Kottow (3) prefiere denominarla «decisión informada», pues el término “consentimiento informado” «traiciona la tendencia a entregar información sesgada, que lleva al paciente a compartir las decisiones que el médico sugiere».

Pero ya hemos introducido dos términos que condicionan la validez de dicha decisión, tanto en el sentido de aceptación como en el de rechazo: que sea autónoma y libre. ¿Qué significa esto?

El citado Diccionario de la Real Academia (2) nos enseña: «*autónomo, ma*. (Del gr. *αυτονομος*) adj. Que goza de *αυτονομια*. Y sobre *autonomía* nos dice: «(Del lat. *autonomia*, y este del gr. *autonomia*) f. 2. Condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos». Pellegrino (4) la define como “la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades evaluadas en función de sus propios sistemas de valores”.

Sobre el significado del adjetivo *libre*, afirma el diccionario mencionado (2): «(Del lat. *liber, -era*). Que tiene facultad para obrar o no obrar». No es oportuno entrar en disquisiciones sobre el interesante como difícil tema de la libertad y bástenos recordar que pensadores de diversas corrientes (5, 6, 7, 8, 9, 10) aceptan que la libertad está constituida por dos elementos de tensión: “tener libertad” y “ser libre”, y que aunque según sus propias simpatías dan mayor valor a uno u otro de esos elementos, aceptan que en realidad ambos

son indispensables para sentirnos y obrar como seres libres, característica esencial para ser persona humana. Mas la libertad, el ser libre, no es una adquisición de una vez por todas, sino una permanente e ineludible dinámica de «estar libres y tener que estar librándose continuamente» (5).

En último término, el “consentimiento informado” o, mejor, la “decisión informada” (3), implica el reconocimiento de la libertad y de la autonomía del paciente y representa un cambio fundamental en la manera como en algunas oportunidades se ha ejercido la labor del médico.

II. MODELOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN RELACIÓN CON LA RESPONSABILIDAD MORAL O ÉTICA

Estudiaremos con algún detalle modelos o modalidades que permiten al médico analizar y dirigir «su comportamiento en la asistencia a los pacientes» (11), a saber: el de beneficencia, el de autonomía y el principio de justicia.

1. El modelo de beneficencia

Es, según los tratadistas, el modelo tradicional en la medicina hipocrática, ya que en la Grecia primitiva se concebía la enfermedad como una alteración de la “physis” –*monarkhía*–, alteración que solo el asclepiáda estaba preparado para restaurar, recuperando el equilibrio –*isonomía*– perdido. Esto le concedía una superioridad, una preeminencia moral, y el paciente, para colaborar adecuadamente a la recuperación de la “divina physis” en su propia existencia, debía obedecer al médico, porque este sabía y tenía poder para realizar esa recuperación del equilibrio roto. El paciente se consideraba “incapaz” para decidir sobre la acción del médico y, como buen paciente, debía aceptar y obedecer, colaborando así al “buen orden” que exigía la “naturaleza” o “physis”, “divina physis” para los griegos. Sin embargo, el “juramento” hipocrático nos muestra un profundo respeto por la persona del paciente y nos permite afirmar que, al menos teóricamente, esa preeminencia no se imponía desconociendo la realidad personal del paciente y su dignidad.

Recordemos que, según el Diccionario de la Real Academia Española, «*beneficencia*. (Del lat. *beneficentia*.) f.» es: «Virtud de hacer bien»; deriva a su

vez de «*beneficiar*. (De *beneficio*.) tr. Hacer bien. Ú. t. c. prnl. 2. Hacer que una cosa produzca fruto, rendimiento o se convierta en algo aprovechable». Es el significado que encontramos en los diferentes estudios sobre el tema.

Con el ineludible y benéfico progreso de la ciencia y de la técnica –cuando se utilizan para bien del hombre y no se pone este al servicio de aquellas–, el ejercicio de la medicina, en un buen porcentaje y en algunas áreas culturales, especialmente en la estadounidense, dio prioridad a la enfermedad y a su tratamiento, mas no a los sentimientos y a los derechos del paciente, que pasaron así a un segundo lugar, obedeciendo a los dictados de la ciencia y de la técnica. Del ejercicio humanitario del “arte de sanar” se cayó, en no pocas oportunidades, en la preponderancia del “cientificismo” y del “tecnificismo”. Se acrecentó aún más la preeminencia del médico con su superioridad de conocimientos bien fundamentados en aspectos científicos y técnicos, conocimientos que una inmensa mayoría de sus pacientes ignoraban y que él no se molestaba en explicar por “falta de tiempo” o porque consideraba que estos no estaban en capacidad de entender. Sin duda que en muchísimas oportunidades se manipuló al paciente como un simple “caso” de interés científico, de posible lucimiento profesional, fuente de ingresos económicos, etc., y se olvidó su dignidad humana.

¿Qué distingue a este modelo? Lo característico de este modelo, esquemáticamente presentado, es, según Beauchamp y McCullough (11):

- «*El fin moral de la medicina*: El fin de la medicina es fomentar los mejores intereses del paciente, tal y como se entienden desde el punto de vista de la medicina».
- «*Principio moral básico*: El principio de beneficencia es el único principio fundamental. Dispone que el médico busque los bienes de los pacientes, tal y como la medicina entiende dichos bienes, y evite los males, tal y como la medicina entiende dichos males».
- «*Obligaciones morales derivadas*: Las obligaciones del médico relacionadas con su papel derivan del principio de beneficencia: comunicación sincera, confidencialidad, fidelidad...».

- «*Virtudes morales derivadas*: Las virtudes del médico relacionadas con su papel también derivan del principio de beneficencia: sinceridad, confianza, fidelidad...».

La actitud protectora del médico y su afán de buscar y realizar el bien en los enfermos que se confiaban a sus cuidados, sin tener otra consideración que el cumplimiento de su misión bienhechora, tratándolos como a “menores de edad”, hizo que se le diera a esta forma de actuar el nombre de “paternalismo” médico. Este, el médico, obraba como un padre y, como afirma Diego Gracia (12), cuando «actúa del modo más excelso y divino posible, como monarca paternal, tratará a sus súbditos, los enfermos, como seres pasivos a los que procura el bien como a niños», y agrega: «tal es la esencia del paternalismo, una constante a lo largo de la historia de la medicina» (12).

Ya en el tratado “Sobre la decencia”, del *Corpus Hippocraticum* (13), se aconsejaba al asclepiada que: «debe estar muy pendiente de sí mismo, sin exhibir demasiado su persona ni dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento».

Si obra como padre, es de suponer que busca el bien de sus «súbditos», porque siente amor por ellos y considera como rasgo esencial de ese amor el procurarles el bien que está en sus manos. No olvidemos que desde los albores mismos de la medicina hipocrática se exigieron, para su adecuado ejercicio, dos virtudes que deben crecer simultáneamente en el “sanador”: la *philanthropie* o «amor al hombre en cuanto hombre» (14) y la *philotekhníe*, «amor al arte de curar» (14). Ambas son esenciales en la estructuración del profesional de la medicina, pues si falta la primera, nos haremos “bárbaros ilustrados”; si falta la segunda, seremos vulgares charlatanes, e indignos en una y otra situación de ostentar el excelso nombre de médicos. Pero tampoco podemos ignorar que somos seres humanos y que, con más frecuencia de lo deseado, esa actitud puede llevarnos al llamado “paternalismo”, no por el afán noble de proporcionar al paciente, “al hijo”, el bien que requiere, sino quizás por el deseo de protagonismo, de dinero, de investigar, etc., tergiversando así la finalidad de nuestro quehacer y dando cumplimiento al pensamiento de Diego Gracia (12): «Porque cuando el médico, sin renunciar a su papel de monarca, olvida el más divino de los paradigmas, el de padre, cae

en el peor de los procederes posibles, el de tirano. Si en el primer caso se hace del enfermo un hijo, en el segundo se le convierte en esclavo. El esclavo lo es siempre de un amo que le utiliza en su propio provecho».

Para Beauchamp y McCullough (11): «El paternalismo es 1) la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, 2) cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada. La esencia del paternalismo, por lo tanto, es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía, apoyándose en el principio de beneficencia». Con frecuencia esto ocurre cuando el médico desprecia de manera consciente las decisiones verdaderamente autónomas del paciente, o bien, cuando conscientemente o por incapacidad de una adecuada comunicación con este, no le da a conocer todos los elementos que le permitan tomar, de manera libre y racional, una determinación sobre su futuro en el campo de la salud. Esta manera de proceder se denomina en la literatura médica como "paternalismo", "paternalismo fuerte" o "paternalismo absoluto", y constituye en la realidad una simple manipulación, ya que suprime elementos de juicio que impiden el buen uso del sentido de crítica sobre la decisión que debe tomarse, o en forma por lo general sutil se ignora la decisión idóneamente adoptada.

2. El modelo de autonomía

No obstante ser en este momento uno de los temas que más preocupan a los médicos y, en alguna proporción, a los pacientes y a profesionales del derecho, realmente irrumpió en la relación médico-paciente en 1914 (11), fecha en la cual el juez Cardozo resolvió la demanda en favor de la paciente Schloendorff, insistiendo en el derecho de la misma a su "autodeterminación", en la "negligencia profesional" y el "delito" del médico al intervenirla quirúrgicamente "sin su consentimiento o conocimiento" (1, 11). Desde entonces hasta ahora, el sustrato de este modelo se ha fundamentado sobre todo desde el Derecho y en la aplicación de leyes positivas, inclusive llegando a considerarse como "mala práctica médica" cuando el profesional no cumple con el deber de informar y de solicitar el permiso del paciente –el consentimiento informado– para actuar (11). Para mí no hay ninguna duda de que la génesis de los "Derechos de los enfermos", proclamados en junio de 1970 por la National Welfare Rights Organization e inspirados en la concepción de que

la salud es un bien de consumo, y según los cuales el médico no se considera como un servidor del paciente sino como un "expendedor" de salud, consolidó en la práctica este modelo, que defiende, a veces a ultranza, los derechos "del consumidor" (15).

Los elementos que caracterizan este modelo son (11):

- «*El fin moral de la medicina*: El fin de la medicina es promover los mejores intereses del paciente, tal y como vienen determinados por las decisiones autónomas de cada uno de ellos».
- «*Principio moral básico*: El principio de respeto a la autonomía es el único principio fundamental. Dispone que el médico respete las decisiones y acciones autónomas del paciente concernientes a la asistencia médica».
- «*Obligaciones morales derivadas*: Las obligaciones del médico relacionadas con su papel derivan del principio de respeto a la autonomía: revelación de la información médica, confidencialidad, fidelidad...».
- «*Virtudes morales derivadas*: Las virtudes del médico relacionadas con su papel derivan del principio de respeto a la autonomía: veracidad, ecuanimidad, fidelidad...».

Aparentemente, y debido a la presentación de algunos comentaristas, ambos modelos presentan una franca oposición, pero un análisis más detallado revela en ellos puntos de convergencia que, bien entendidos y puestos en práctica, favorecen al paciente y al médico en su relación esencial (4, 11, 12, 16, 17). Los puntos de convergencia podemos resumirlos así: ambos modelos proclaman, como fin de la actividad médica, el promover los mejores intereses del paciente; ambos promulgan la comunicación con el paciente, la confidencialidad y la fidelidad entre las obligaciones morales del médico; ambos exigen la veracidad o sinceridad y la fidelidad de este para con aquel.

Sin embargo, el modelo de autonomía parte de una de las cualidades esenciales de la persona humana: la libertad que, como principio básico, exige respetar totalmente la decisión autónoma del paciente en cuanto a su futuro, en relación con la salud y con la vida y, a veces, advirtiendo al médico que,

por esta razón, una vez informe o ilustre adecuadamente al paciente, no debe opinar nada al respecto para no influir en su decisión, solo debe atender los deseos del paciente (18); se niega así, a mi juicio, el derecho de actuar autónomamente al profesional médico, derecho que se reconoce de manera plena a quien se confía a su cuidado. El acto médico adquiere entonces un franco cariz contractual y «es moralmente aceptable, no tanto porque realiza el bien del paciente sino porque se deriva de su libre elección» (18).

Entre las exigencias fundamentales para cumplir los requisitos de este modelo están: que el paciente sea adecuadamente informado sobre su estado de salud, acerca de las posibles soluciones que existan en su caso particular y sobre los riesgos que pueden presentarse en una u otra elección. Cumplida esta etapa, el médico debe estar realmente convencido de que la opción del paciente es libre, es decir, sin presiones internas ni externas y basada en un conocimiento adecuado, idóneo, pero no exhaustivo, de acuerdo con la capacidad de entendimiento de aquel. En otras palabras, una decisión informada y asumida por una persona competente para elegirla. Ninguna de estas exigencias es fácil de cumplir.

La información “adecuada”, que haga del paciente una persona “idónea” para asumir una opción autónoma, tiene serios tropiezos en la práctica clínica. En primer lugar, no siempre el profesional está preparado para explicar sus conceptos académicos en un lenguaje accesible para el paciente (19); el ambiente en el cual se lleva a cabo su preparación hace que, con más frecuencia de lo deseado, olvide el vocabulario popular y el sentido del mismo en relación con los trastornos de salud. Otras veces, en su afán de buscar sincera y honestamente el bien del paciente, duda si debe callar o no hacer énfasis en determinados aspectos que pueden crear pánico en este, tergiversando su decisión y perjudicando su futuro por el temor iatrogénico inherente a la información.

En segundo lugar, la natural ansiedad, los temores o expectativas frente a la enfermedad, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, causan siempre un grado mayor o menor de distorsión de la información recibida en ese momento, distorsión que influye en la opción tomada en tales circunstancias. Este elemento perturbador en la elección se encuentra inclusive en pacientes que, como médicos, tenían previamente conocimientos académicos suficien-

tes, pero que en su condición de enfermos no pueden dominar la respuesta sensible o sentimental, emocional, frente a la enfermedad y al sufrimiento. No somos solo razón ni solo sentimientos o emociones: en cada acto humano puede predominar aquella o estos. Pellegrino (4), después de analizar la importancia del concepto de integridad en la existencia humana y en las decisiones autónomas, enseña: «Para poder respetar verdaderamente la integridad de otra persona, debemos esforzarnos también por impartir integridad a su decisión, la entereza que coloca esa decisión dentro de la historia y los antecedentes de la vida del paciente».

Una dificultad más se le presenta al médico cuando debe evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones en relación con el problema concreto de su salud, pues es bien sabido que la capacidad general de decidir no se altera siempre en todos los campos (19). No obstante, y por las razones ya vistas –verdadera comprensión de la información, libertad real de presiones internas y externas–, su competencia para decidir sobre su actual situación de salud puede estar perturbada específicamente en este campo (19). Sánchez González (19) afirma: «De esta forma, un paciente puede ser legalmente capaz y carecer de competencia para tomar una decisión clínica particular».

Sánchez González (19), ya citado, considera que dicha capacidad de decidir puede juzgarse positiva cuando el paciente muestra las siguientes aptitudes, relativamente fáciles de comprobar:

- «Aptitud para darse cuenta de la propia situación y de las expectativas razonables».
- «Aptitud para comprender la información relevante».
- «Aptitud para deliberar sobre las opciones que se ofrecen, de acuerdo con los objetivos personales y los propios valores».
- «Capacidad para comunicarse, verbalmente o no, con el profesional de la salud».

Pese a todo, en la práctica la evaluación de la competencia no es fácil, se presta a confusiones, a dudas, que solo con ayudas técnicas –evaluación psicológica– pueden definirse, y en buen número de casos ni aun con estas se

hace claridad total. «Se puede errar por exceso o por defecto. Y tan perjudicial puede ser declarar incompetente [a quien no es], como considerar competente a un paciente que no lo es» (19).

Mirado así, el consentimiento informado o la “decisión informada” es en esencia un acto éticamente libre, que, como es bien sabido, para merecer este calificativo debe llenar tres características fundamentales (5, 7): 1°. Pleno conocimiento. 2°. Pleno consentimiento. 3°. Plena voluntad; algunos (5, 7) agregan el elemento “pático”, es decir, la propia experiencia. En el aspecto médico, el conocimiento por parte del paciente, en general, no puede ser pleno, pues implicaría una información académica igual a la del profesional de la medicina –inclusivo el médico mejor preparado no tiene un conocimiento pleno de esta–; basta que posea un conocimiento suficiente, adecuado, para poder decidir sobre su salud. Si uno de esos elementos no está presente en el acto libre, este se altera y no es realmente libre, como no puede calificarse de consentimiento o decisión informados si existe alguna duda racional sobre uno de los elementos esenciales.

En algunas oportunidades, cuando quedan dudas racional y honestamente sustentadas sobre si la determinación del paciente es en realidad autónoma o cuando se pretende aplicar en forma absoluta uno u otro de los modelos de asistencia antes vistos –el de beneficencia o el de autonomía–, *circunstancias en las cuales el paciente es el único perdedor*, se ha propuesto como solución el modelo conocido, especialmente en la literatura anglosajona estadounidense, como “paternalismo débil”, del cual nos ocuparemos ahora.

El paternalismo débil. Es una síntesis de los mejores valores de los modelos previamente analizados, «es un intento de conciliar la “beneficencia” con la “autonomía”, es decir, ... el reconocer que el bien del paciente implica también el respeto de su libertad» (20). Siguiendo los delineamientos de Beauchamp y McCullough (11), podemos sintetizar así las diferencias esenciales entre el “paternalismo” o “paternalismo fuerte” y el “paternalismo débil”, que para algunos autores (18) es realmente el adecuado “modelo de beneficencia”.

El “paternalismo fuerte” o “absoluto” implica la «limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra» (11) y, además, lo

hace apelando «exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía» (11) está limitando. Esta clase de paternalismo considera que puede desconocer «tanto los actos autónomos como los no autónomos de las personas, aunque dichos actos solo afecten significativamente a las mismas personas» (11); su esencia «es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía, apoyándose en el principio de beneficencia» (11). En cambio, el «paternalismo débil» estima que en situaciones como las analizadas previamente y en las cuales haya duda razonable de que la opción del paciente no es un verdadero acto libre, porque falta conocimiento o porque el consentimiento o la competencia para decidir estén viciados, «el médico tiene mayor capacidad para determinar cuáles son los mejores intereses del paciente» (11) y, en consecuencia, puede y debe limitar la autonomía de este, «con el fin de protegerle de consecuencias cuyo significado completo él podría no apreciar» (11). En otros términos, «*no existe ninguna autonomía destacable que pueda ser restringida*, pues la decisión o acción del paciente con que se interfiere no pertenece al paciente: no es fundamentalmente autónoma. El paternalismo débil no puede limitar la autonomía si esta no existe o está ya considerablemente limitada» (11).

Esto es una actitud y una conducta obviamente adecuadas y aconsejables, ya que «todas las teorías éticas sostienen que sería injustificable permitir que la gente muriese o sufriese lesiones graves como consecuencia de decisiones que no son autónomas o cuya autonomía es discutible», enseñan los citados Beauchamp y McCullough (11), y en el mismo sentido se pronuncian Pellegrino (4), Gracia (17) y Silber (21).

3. El principio de justicia

Hace referencia a los derechos de las «terceras partes», que siempre están presentes en toda relación médico-paciente; «en sentido estricto, todos los agentes sociales que intervienen en la relación médica y son distintos de los sanitarios, de los pacientes y de la familia», afirma Gracia (12).

No es oportuno adentrarnos en disquisiciones sobre un tema que, con el de la libertad, tiene tantas y tan diversas interpretaciones, y que exige conocimientos profundos de filosofía y, a veces, de filosofía del derecho. En algunos casos que se someten al cuidado del médico no bastan la autonomía

y la beneficencia para determinar una solución ética o moral coherente y completa, que solo se logra a la luz del principio de justicia (12). Pero, ¿cuál concepción de la justicia? En beneficio de la brevedad, volvamos a Diego Gracia, quien afirma (12): «La conclusión a la que llegaremos será que ya no puede interpretarse ni como ajustamiento natural, ni como libertad contractual, ni como igualdad social, ni tampoco como utilidad pública, sino como equidad formal», y ha repasado así los principales planteamientos que diferentes pensadores han hecho de lo que debe considerarse como justicia. Luego proclama una conducta que puede ser una manera de buscar y de practicar la justicia: «trata a cada uno y a todos en conjunto de tal forma que puedan realizar su propia perfección» (12).

No olvidemos que el médico es médico y no juez, que «su principio moral más propio, el que se halla en toda su tradición, es el de beneficencia, no el de justicia» (12), como el propio del paciente es el de autonomía, y estos bastan para la correcta relación entre aquel y este, mas cuando aparecen interferencias de “terceros” deben ser resueltas por la denominada “ética institucional”, más que por «la “ética médica” propiamente dicha» (12).

III. REFLEXIONES ÉTICAS

El acto médico es, y no puede dejar de ser, el encuentro y la relación entre dos personas, dotadas ambas de una dignidad absoluta y, por lo tanto, estructuralmente libres, inteligentes y racionales, no importa que en algún momento de su existencia la expresión de esas características esenciales esté disminuida en grado mayor o menor por circunstancias especiales: edad, trastornos de salud, presiones internas o externas, grado de maduración, nivel de información, etc. Este respeto sumo por el “otro paciente” aparece claramente proclamado en el juramento hipocrático, sin que pierda nada de su valor ético, porque no todos los asclepiadas lo cumplieran adecuadamente o porque en algún otro escrito del *Corpus Hippocraticum* se den otros consejos (13), pero sin la solemnidad y el compromiso que adquiere el voto o juramento por todos los dioses.

Más aún, sin este respeto, la práctica de la medicina humana no se diferenciaría del ejercicio de otras modalidades de medicina; por ejemplo, la

veterinaria, la de los vegetales, aun teniendo en cuenta que en algunas ocasiones estos enfermos estarían mejor tratados o atendidos que las personas. Entonces, como lo vimos antes, es necesario «reconocer que el bien del paciente implica también el respeto de su libertad» (20). Pero este ineludible respeto por la dignidad y la libertad del paciente no puede ir en desmedro de la dignidad y de la libertad del médico, ni puede hacer que este olvide los deberes primarios de su misión, a saber: la dignificación de la existencia del paciente y la búsqueda honesta del bien de este. La aplicación a ultranza del modelo de beneficencia, o “paternalismo fuerte”, o del modelo de “autonomía”, lleva a situaciones en las cuales el paciente es tratado como objeto, sin posibilidad de contribuir a determinar su propio proyecto de vida –“paternalismo fuerte”– o a que en nombre de la libertad –“autonomía extrema”– se deje de lado el valor primordial de la existencia, cuando realmente aquella, la libertad, no está en peligro.

Para evitar estas graves distorsiones en el ejercicio diario del quehacer médico, no queda otro camino sino restablecer el noble sentido de la amistad médica, la *phylia* de los asclepiadas griegos, fundada en una mutua y plena confianza entre el profesional y el paciente, amistad y confianza que se consolidan por el diálogo entre seres racionales, entre amigos que tienen en común la tarea de mutua ayuda: por parte del médico, para mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad o aminorar las consecuencias de esta ante su inevitable presencia; por parte del paciente, ofreciendo honestamente su concurso –anamnesis, examen clínico y resultados paraclínicos, etc.– para un correcto diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. Sin la mutua y honesta colaboración, la realización del acto médico se convierte en un engaño para el paciente y para el “sanador” y, por qué no, en fuente de fricciones entre ambos y en ejercicio destructivo –yo diría peligroso– para uno y otro. Ese diálogo racional, amistoso, con una meta en común, lleva al médico a un mejor conocimiento del paciente y, por consiguiente, a un mejor manejo, que no manipulación de sus dificultades y posibles soluciones.

Mas esto, que es fácilmente expresado, implica fundamentales cambios en la práctica actual de nuestro ejercicio profesional. ¿Será posible, o mejor fácil, establecer esa amistad y esa confianza indispensables con un médico que me es “asignado” –mejor impuesto– “porque está de turno” y de quien en múltiples ocasiones carezco totalmente de alguna referencia? ¿Esa

misma amistad y confianza surgirán cuando ambos actores de la relación médico-paciente saben de antemano que quizás en la próxima cita está ausente uno de ellos –el primero– “porque no está de turno”? ¿Podrán conocerse adecuadamente, gracias a la amistad y confianza de que venimos hablando, el médico y el paciente, cuando por exigencia de las empresas vendedoras de salud o por los exiguos honorarios reconocidos –“tarifas” en el lenguaje mercantilista–, aquel debe duplicar o triplicar el número de pacientes –“clientes” en el lenguaje mercantilista–, para sobrevivir honestamente frente a las exigencias diarias y las de una sociedad que lo apremia? ¿Surgirá una adecuada confianza cuando el paciente sabe de antemano que su intimidad –y la de algunos de sus allegados– y, por consiguiente, su libertad y su dignidad son violentadas porque las empresas exigen dar a conocer, a personas no médicas, lo que él confió como secreto, para reconocerle unas cuotas, recibidas a veces con anterioridad? ¿Podrán mostrarse amistosos y confiados pacientes y médicos, cuando ni uno ni otro se sienten emocionalmente ligados entre sí, porque este no es “su” médico, sino el empleado de una empresa X, y aquellos no son “sus” pacientes, sino los “clientes” o usuarios de dicha empresa? ¿Podrá pedirse al médico que sea amistoso y confiado cuando asiste a la destrucción del fundamento, del *ethos*, de su misión, en aras de una explotación mercantilista de su profesión, de la dignidad de los pacientes y de la suya propia, y ha sido convertido en dependiente de “tiendas de salud”, ordenadas con miras a obtener un mayor rédito económico con un mínimo de gastos? ¿Podrá sentirse confiado el médico que sabe que la empresa que libremente lo contrató desconfía de él, y se atreve a nombrarle un “doctor” que, sin otro título que lo acredite diferente a ese nombramiento, osa hacer de “auditor”, siempre en defensa de dicha empresa? Son muchos más los acuciosos interrogantes que podríamos hacernos y que comprometen el presente y el futuro de la medicina.

Para responder correctamente al reto de restablecer ese indispensable diálogo, es necesario insistir en la formación humanitaria y humanística del médico desde los primeros días de su pregrado, sin descuidar la académica o técnica, pues caeríamos en el charlatanismo o, lo que es igualmente desastroso, en la barbarie ilustrada. La medicina es una “antropología médica” (22) que exige acopio de ambas formaciones, y el profesional debe aunarlas, para bien del paciente, en primer lugar, y también del mismo médico en el ejercicio idóneo de su misión. El conocimiento del funcionamiento normal de los

diferentes órganos y de su patología, es tan importante como conocer la cultura, las creencias, las expectativas, etc., de quien le confía el cuidado de su existencia. Enferma la persona, y esta persona es una irreductible unidad "biopsicosocial".

Este diálogo honestamente realizado –diálogo de palabras y de acciones–, sin premuras diferentes a las que exija el estado mismo de salud del paciente, la confianza que durante él se establece o se acrecienta, permitirán al médico un conocimiento adecuado, para suministrar tanto la información suficiente como el apoyo profesional y humano que el paciente requiere, para optar por lo que representa el mejor bien para él y para los suyos; es decir, persuadiendo sin coacción ni manipulación. Esta conducta es la única idónea, honesta, ética, la conducta del verdadero médico, llámese "paternalismo débil", "beneficencia atenuada", etc., pues reúne en un solo ideal la inteligencia, la racionalidad, la libertad y la voluntad de los protagonistas del acto médico, y permite el ejercicio de la verdadera autonomía.

Existen situaciones en las cuales puede omitirse la solicitud de la "decisión informada" (19), por las circunstancias mismas del paciente, como en los casos de urgencia; cuando se está ante pacientes que por su grado de desarrollo o de deterioro de sus capacidades, evidentemente no pueden otorgar ningún consentimiento; cuando el paciente delega en el médico o en alguna otra persona su decisión (1, 19); cuando el tratamiento es exigido por ley, o por lo que Sánchez González (19) llama el «privilegio terapéutico del médico», en los casos en que, «a juicio del médico, la información puede resultar seriamente perjudicial para el curso de la enfermedad», lo que puede desembocar en "paternalismo fuerte" o formar parte del "paternalismo débil".

«El *consentimiento informado* es para el médico un deber deontológico, que trasciende las normas jurídicas» (23); una exigencia ética de respeto por la dignidad, la libertad y la responsabilidad del paciente, pero en el campo jurídico se ha convertido en el más importante elemento para juzgar la licitud de la actuación del médico, y ha creado una conciencia social y legal de que «el médico no dispone del "derecho de curar" sino de la "potestad de curar", la cual le viene, subjetivamente, de su titulación en medicina y de la habilitación para el ejercicio profesional, pero que, para poder manifestarse, requiere el consentimiento de la persona que se va a someter al tratamiento» (23). Esta concepción del ejercicio de la medicina, surgida del ámbito estadounidense,

ha desatado un incremento de las demandas (11, 23) –también entre nosotros– en contra del profesional médico, incremento al cual contribuyen intereses de otras profesiones y, además, intenciones a veces no honestas por parte del paciente y también del médico. Todo lo anterior ha llevado a la práctica de una *medicina defensiva* (23), que deteriora más y más la verdadera relación médico-paciente y hace más y más difícil el surgimiento de la amistad y la confianza entre este y aquel, y que puede hacer tanto mal al paciente como el “paternalismo fuerte”. Así, un elemento esencial en la correcta realización del acto médico se ha convertido en un grave escollo para el ejercicio idóneo de la medicina.

No pretendemos que, como médicos, como ciudadanos médicos, estemos exentos de leyes que reglamenten, que orienten y sancionen las actitudes y las acciones propias del quehacer médico. Eso sería una monstruosidad repugnante, que nos separaría más de quienes debemos servir fielmente por vocación. Solo pedimos y aspiramos a que las leyes que al respecto se emitan *no lesionen el fundamento esencial de la relación médico-paciente*, porque dificultan al máximo el ejercicio de la medicina y destruyen una profesión sin la cual no puede subsistir la humanidad. Por el contrario, deben proteger esta relación en su noble dignidad y finalidad.

Fiori (23), en un extenso y profundo análisis de las causas que han llevado al aumento de las demandas contra los médicos, muchas de ellas injustificadas, plantea un concepto para mí novedoso y por demás interesante: el *consentimiento social*. Explica cómo no basta, en la mayoría de los casos, la información y el consentimiento estrictamente individual, y cómo deben participar de ellos, con la anuencia del paciente cuando ello sea posible, sus familiares y sus amigos. Consentimiento que amplía a la sociedad en general, ya que esta es la que dicta las normas que fundamentan y legitiman el ejercicio de la medicina, el papel del “sanador” y el del “enfermo”, la modalidad de dicho ejercicio, etc. (22, 23). Paradójicamente, este consentimiento es a su vez «*el germen de la disensión y el conflicto* de la sociedad entera –y no solo de los ciudadanos en particular, desilusionados de la medicina– ... por el fracaso total o parcial o, aún más, por consecuencias iatrogénicas de diversa gravedad, incluso la muerte» (23).

¿Y por qué el consentimiento social se convierte en germen de disensión y de conflicto? Porque «*no está correctamente informado*» (23), porque

hay una franca divergencia entre sus dos elementos estructurales: «*el consentimiento a la acción de la medicina y el consentimiento a la acción de los médicos*» (23). La información en la cual se fundamenta el consentimiento social a la acción de la medicina es, en un alto porcentaje, por no decir siempre, presentada por los medios de comunicación de masas en forma sensacionalista, deslumbrante, poco crítica (24), infortunadamente orquestada en algunas ocasiones por profesionales de la medicina en busca de prestigio, de dinero o de ambos. Muy poco se difunde «*sobre las posibilidades reales de diagnóstico y de terapia, sobre los factores imponderables y las complicaciones, sobre las limitaciones de todo tratamiento sanitario*» (23).

Cuando las falsas expectativas así creadas no obtienen el resultado imaginado y la realidad es muy otra, la sociedad en general, y el paciente en particular, busca un "trompo pagador" o "chivo expiatorio" sobre quien descargar su frustración, y lo encuentra en el médico, que es injustamente demandado y sancionado, contribuyendo el juicio legal, por la manera como se presenta al público, a acrecentar el desprestigio del profesional médico, el recelo, la antipatía contra él y, al mismo tiempo, exaltando aún más la ilimitada confianza en la medicina, en sus triunfos y conquistas (23). «Toda esta información, si se dosifica de manera que no produzca temor y desconfianza en la opinión pública, puede devolver el nivel de expectativas a una humana y sabia conciencia de los límites actuales, y probablemente futuros, de la medicina, a fin de que sus fracasos no sean sistemáticamente atribuidos, como está ocurriendo en la actualidad, a un médico en particular, que solo es culpable en ciertos casos», afirma con certeza Fiori (23).

IV. CONCLUSIÓN

El paciente como persona humana posee una dignidad absoluta, que exige ser respetada plenamente y cuya expresión está, a veces, condicionada por la circunstancia específica en que lo coloca en un momento dado su propia existencia, según el pensamiento de Ortega y Gasset (25): «Yo soy yo y mi circunstancia», pero que no le resta nada a dicho valor absoluto.

La misión primordial del médico, su deber *prima facie*, como lo denominan algunos (1, 11, 12), es procurar el bien del paciente por todos los me-

dios éticos a su alcance; es decir, rechazando cualquier actitud o acción que lesione, de inmediato o en el futuro, la dignidad del paciente y su propia dignidad, ya que todo "*acto médico*" es un acto humano entre dos personas, investidas con igual absoluta dignidad. Esto nos obliga a aceptar, como lo vimos antes, «*que el bien del paciente implica también el respeto de su libertad*» (20), pero nos crea al mismo tiempo una enorme responsabilidad, al dejar a nuestro juicio si la opción que aquel hace sobre su salud y su existencia sí es de verdad libre, bien informada, conscientemente asumida. En otras palabras, es el médico quien, por el conocimiento que debe poseer de su paciente y, obviamente, por su adecuada preparación académica, se convierte en juez que evalúa si la decisión del paciente es o no "autónoma", "idónea", si cumple los requisitos del "*acto libre*" denominado "decisión informada" o "consentimiento informado", como lo vimos antes, lo que con frecuencia no es fácil de determinar.

Pero no para aquí la obligación ética del médico. Ante la duda de que no todos los elementos que hacen idónea, valedera esa opción, integren realmente la decisión de su paciente, de que su elección no es un "*acto libre*" por cualquier circunstancia, tiene, para cumplir correctamente su misión, que asumir el papel de orientador: ilustrar, persuadir, informar con lenguaje comprensible, al alcance del desarrollo intelectual de su paciente o de sus representantes, sobre cuál es el verdadero bien para este, desde el punto de vista de su dignidad y su libertad y desde el punto de vista de la medicina, echando mano de su autoridad moral y académica. Es lo que, en términos generales, fundamenta el modelo conocido como "*paternalismo débil*" o "*beneficencia moderada*". Ante esta obligación esencial, el médico no puede cambiar su actitud ni sus acciones, por temor a consecuencias legales, que debe asumir "valientemente", como lo aconseja Fiori (23) y lo exigen las más elementales normas éticas.

Es importante recalcar que el "*consentimiento informado*" debe ser solicitado al paciente, y este concederlo o negarlo para cada "*acto médico*", que no se puede otorgar para siempre, pues las circunstancias existenciales cambian durante los episodios propios de una misma intervención médica, con mayor razón en las diferentes situaciones o etapas de la vida, y que solamente en casos muy especiales y concretos, como lo vimos antes, puede actuarse sin la expresa manifestación de dicho consentimiento.

Es necesario tener siempre presente que: «El enfermo [o, en su defecto, su legítimo representante o tutor] es la primera persona responsable de su vida y de su salud; el médico que acepta ayudarlo toma el papel de quien colabora con el sujeto principal en una relación “sinérgica”, en la cual el mejor objetivo se logra solo cuando existe la cooperación entre el paciente y el profesional» (23), y que como médicos somos los mayores y más responsables artífices de esa indispensable cooperación.

No obstante todas las dificultades que han surgido, y puedan surgir, frente al paciente que le confía el cuidado de su existencia, que lo hace colaborador *in solidum* del proyecto de su vida, la obligación ineludible del médico, su deber primordial, es buscar por todos los medios éticos a su alcance el bien de aquel, sin pensar en las consecuencias legales que su conducta honesta pueda acarrearle. Es mejor recibir una sanción por ser honesto, que permanecer indemne por omitir sus deberes. Su acción debe inspirarse en el *ethos* de la medicina y no en conceptos legales.

Referencias Bibliográficas

1. Engelhardt, H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Buenos Aires, Paidós. 1995.
2. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima primera edición. Madrid. 1992.
3. Kottow, M. H. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile. Editorial Universitario. 1995.
4. Pellegrino, E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 108 (5-6): 379-390. Mayo y junio de 1990.
5. Vidal, M. y Santidrian, P. R. *Ética personal. Las actitudes éticas*. Quinta edición. Madrid. Paulinas. 1980.
6. Von Hildebrand, D. *Ética*. Madrid. Encuentro. 1953.
7. Vidal, G. M. *Moral de actitudes. Moral fundamental*. Tomo I. Cuarta edición. Madrid. P. S. 1977.
8. Guisán, E. *Razón y pasión en ética*. Primera reimpresión. España. Anthropos. 1990.
9. Zubiri, X. *Sobre el hombre*. Madrid. Alianza Editorial. 1986.
10. Mill, J. S. *Sobre la libertad*. Quinta reimpresión. España. Alianza Editorial. 1988.
11. Beauchamp, T. L. y McCullough, L. B. *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. España. Labor. 1987.
12. Gracia, G. D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid. Eudema. 1989.
13. Lara, N.; María, D. *Sobre la decencia*. En *Tratados hipocráticos*. García G., C. Tomo I. España. Gredos. 1983. p. 209.
14. Laín, E. P. *El médico y el enfermo*. Madrid. Guadarrama. 1969.

15. Córdoba, P. R. Ética y medicina prepagada. *Iatreia*, 5, 3: 203-211. Noviembre de 1992.
16. Gracia, G. D. *Los derechos de los enfermos*. En Gafo, J. Editor. *Dilemas éticos de la medicina actual*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. pp. 43-87. 1986.
17. _____. Introducción a la Bioética Médica. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 108 (5-6): 439-444. Mayo-junio, 1990.
18. Tortoreto, F.; Sgreccia, E.; Schiavoni, G. El consentimiento informado: una experiencia clínica en cardiología. *Medicina y Ética*. VI, 1: 57-75. Enero-marzo, 1995.
19. Sánchez G. M. A. *El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones*. *Bioética*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. O. P. S. O. M. S. Abril de 1996, pp. 79-92.
20. Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C. *Por el bien del paciente*. Cinisello Balsamo. San Paolo. 1992: 410. Citado por Tortoreto, F.; Sgreccia, E.; Schiavoni, G. El consentimiento informado: una experiencia clínica en cardiología. *Medicina y Ética*. VI, 1: 59. Enero-marzo, 1995.
21. Silbert, T. J. *Paternalismo justificado en el cuidado de la salud del adolescente*. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*. Época V, 4, 1 y 2: 14-19. Marzo-junio de 1991.
22. Laín, E. P. *Antropología médica para clínicos*. Barcelona. Salvat. 1984.
23. Fiori, A. *Problemas actuales del consentimiento informado*. *Medicina y Ética*, VI, 2: 195-211. Abril-junio de 1995.
24. Córdoba, P. R. Responsabilidad de los medios de comunicación social en lo referente a la salud. *Medicina U. P. B.*, 14, 1: 23-34. Abril de 1995.
25. Ortega y Gasset, J. *En torno a Galileo*. Esquema de las crisis. Madrid. Espasa - Calpe. 1965.