

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

## Consentimiento educado vs. Consentimiento informado

Fernando Núñez de Villavicencio Porro<sup>1</sup>

### RESUMEN

En el artículo se desarrolla la idea de la beneficencia como el principio rector de los cuatro principios que propone la bioética clínica y la importancia de la veracidad, analizando excepciones. Se trata sobre lo imprescindible de un buen proceso de consentimiento informado y el costo impagable de la regla de no influir que impide al médico realizar sus tareas como educador. Se analizan las ventajas del consentimiento educado que no abandona al paciente en el difícil momento de la toma de decisiones y permite intentar modificar en él conductas negativas para la salud. Se analizan los distintos tipos de relación médico-paciente siguiendo la clasificación de *Enmanuel E.* y *Enmanuel L.* y cómo en la relación deliberativa es factible el uso del consentimiento educado. Se proponen metas a alcanzar en Cuba.

*Palabras clave:* Ética, relación médico-paciente, consentimiento informado, consentimiento educado.

### INTRODUCCIÓN

La llegada de la bioética a Cuba estuvo marcada por el predominio de la versión anglosajona con sus cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Los dos primeros eran parte imprescindible de la ética médica cubana pero las nuevas argumentaciones sobre beneficencia parecían despojar a esta palabra de su verdadero significado.

El principio de beneficencia está dado porque las acciones médicas produzcan el mejor balance posible de costo-beneficio para lograr el mayor bienestar biológico, psicológico y social en el paciente.

Los errores del médico que intentando hacer este bien se equivoca y termina haciendo un daño pequeño o grande se llaman iatrogenia no beneficencia. Es por ello que la beneficencia siempre será el principio mayor y todos los demás principios se subordinan a este fin. La gran importancia que tienen los otros tres principios es que sin su aplicación correcta difícilmente se llegue a lograr la beneficencia a la que se aspira.

Resulta inaceptable entender como beneficencia las posiciones extremas y poco dialécticas de los que en sus discusiones éticas llaman beneficencia (para defenderla o criticarla) a priorizar la vida del paciente<sup>1</sup> aunque se caiga en el ensañamiento terapéutico, o, a lo que creían los médicos desde su visión paternalista de la relación médico-paciente, o, a realizar siempre lo que desea el paciente como los defensores a ultranza del principio de autonomía.<sup>2,3</sup>

Por cualquiera de estos caminos se puede llegar con frecuencia a conductas iatrogénicas y es por esta confusión que muchos autores no consideran la beneficencia el principio mayor.

El principio de autonomía se recibió sobre dimensionado porque se elaboró dentro de una cultura ferozmente individualista. Sólo se ve limitado si el paciente tiene graves alteraciones de conciencia, o es psicótico, demente, menor de edad o si su derecho de autonomía afecta a terceros y esto último en la práctica sólo se refiere a las enfermedades infecciosas.

Allí, por ejemplo, el paciente puede exigir del médico que sus familiares (esposa hijos y padres) no sepan

que tiene un cáncer, que ha decidido no hacer ningún tratamiento y que según las estadísticas morirá en menos de un año. En la cultura cubana, el médico además de incluirlo en el registro de enfermedades oncológicas deberá comunicarlo por lo menos a un familiar cercano.

Aparentemente en la cultura anglosajona ese tipo de decisión del paciente no afecta a terceros y su derecho de hacer con su vida lo que le plazca está muy por encima de sus obligaciones familiares y sociales.

Para poder ejercer en cualquier cultura el derecho de autonomía y dar el consentimiento a las acciones de salud que propone el médico es imprescindible que el paciente conozca los pro y los contra de hacer o dejar de hacer cada una de las acciones propuestas y es por ello que surge el concepto de *consentimiento informado*.<sup>4-6</sup>

El consentimiento informado no es una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar tal o más cual tratamiento o investigación. Es un proceso donde todas las acciones para la salud en cualquiera de los tres niveles de prevención debe ser explicado.<sup>7</sup>

Cada examen complementario o fase del tratamiento, sobre todo los más invasivos y dolorosos, deben ser informados con los beneficios que aportaría y los riesgos que conlleva.

Es frecuente observar en cualquier sala de hospital que el paciente sin haber sido avisado previamente sea sorprendido y conducido sin explicaciones para hacerle investigaciones.

A veces, médicos más avezados en los efectos negativos que tiene esta conducta sobre el paciente, sí le explican, qué se le va a hacer al día siguiente y por qué es importante, pero rara vez incluyen los riesgos y aspectos negativos que tiene o puede tener esa prueba que se considera necesaria.

En realidad no se está pidiendo su consentimiento, sólo se le está informando, que ya es un poco mejor pero no suficiente; y si se trata de una situación en que se comprende que el paciente tiene derecho a participar en la decisión de si se realiza o no la prueba, se le está haciendo trampa con un informe parcial que incluye sólo los beneficios.

El buen uso del consentimiento informado y la comprensión de la importancia del derecho de autonomía del paciente es un avance real en la búsqueda de mejores formas de relación médico-paciente y en el logro de una verdadera beneficencia que tenga en cuenta los tres aspectos: el biológico el psicológico y el social.

Por caminos diferentes al de la bioética, otras especialidades médicas se acercaban a la misma idea y se hablaba de un nivel superior en la relación médico-paciente: la participación mutua y de que cada paciente dejara de ser un objeto para convertirse en un sujeto de su propia salud.

¿Por qué entonces antes de ganar esta batalla y de conseguir que se extienda, se generalice y se reconozca por todos como un deber, se comienza a combatirla y a señalar que requiere de adecuaciones a las características cubanas para poder ser utilizada de forma eficaz? Pues por tres razones:

- Algunos de los que se incorporan al uso del consentimiento informado lo hacen a raja tabla sin valorar el costo-beneficio de algunas informaciones.
- Algunos de los que no se incorporan, se justifican con una exageración de los conflictos que la verdad puede crearle al paciente.
- Porque, y es la más importante, las reglas que venían acompañándola para su aplicación respondían a un sistema de salud distinto al cubano, y cuidaban aspectos económicos, políticos y culturales que son ajenos a los médicos del país. Partían de una relación médico-cliente que de aplicarse de forma ortodoxa podían poner en riesgo la visión de un médico que prioriza la educación de una comunidad a su cuidado y la conduce a estilos de vida saludables para que la salud en general, y no

sólo la prevención secundaria, sea un derecho de todos.

Las reglas para el consentimiento informado al estilo anglosajón de la relación médico-paciente informativa se exponen a continuación.

El médico después de informar todos los pro y contra y los resultados estadísticos de las posibles conductas a seguir dejará que el paciente decida solo sin dar su opinión y aceptará sin discutir las decisiones del cliente. Esto quiere decir, prohibido actuar sobre la jerarquía de valores y escala de motivos del paciente, prohibido educar. Ellos parten de tres criterios que intentan justificar la creación de este añadido de que el médico no intervenga, que acompaña a la irrefutable idea de informar bien al paciente. Estos tres criterios son poco convincentes y sobre todo, no justifican el costo que significa para el paciente que el médico abandone su obligación como educador y guía de las conductas de salud.

El primero de los criterios parte de la idea real de que el médico aconsejando desde el punto de vista de que el bien mayor es la vida y que curar es más importante que aliviar, puede estar conduciendo al paciente a pagar un costo en sacrificios, dolor y calidad de vida de un alto nivel de crueldad y que sólo el paciente es capaz de valorar si las condiciones de vida de lo que le resta por vivir amerita semejante costo.

El segundo, es la idea de que el médico y el paciente tienen con frecuencia diferentes valores y más importante aún una diferente jerarquía de los valores comunes. Por tanto, sus consejos<sup>6</sup> con frecuencia serían incomprensibles e inaceptables para el paciente y dañarían la relación médico-paciente y en el caso de que con su prestigio consiguiera que el paciente flaqueara en sus principios, dejaría después a este con el sentimiento de culpa de haber traicionado sus valores.

El tercero parece tener más que ver con la protección del médico que con la del paciente, que al dejar la responsabilidad de las decisiones en el paciente, difícilmente puede ser acusado de error por hacer de menos o de más.

En el primer criterio, para quitarle al médico su posibilidad de opinar, se parte de que es incapaz de valorar objetivamente lo que el paciente dice y de entender que no en todas las circunstancias la vida y la curación son la única prioridad, se le manda a apoyar la decisión del paciente y a ejecutar lo que le pide (siempre que esté dentro de la ley) sin aclarar sus dudas profesionales sobre en que momento de la toma de decisiones, el paciente optó por un camino menos apropiado para superar su problema médico. Se da por sentado, sin embargo, la infalibilidad del paciente y parece negarse la posibilidad de que este, abandonado en una toma de decisiones difícil para evitar la indecisión y el conflicto, opte por huir de las acciones que lo atemorizan y abandone la batalla que en el fondo desearía tener fuerzas para enfrentar.

El segundo criterio presupone en el médico valores ajenos a la medicina que podrían llevarlo a aconsejar conductas que no serían las óptimas desde un punto de vista estrictamente médico. Si se considera de que es capaz, con actitud ingenieril, de apoyar al paciente en una decisión ajena a sus valores, por qué no puede suponerse que sea capaz, dejando a un lado sus valores, de aconsejar desde un punto de vista estrictamente médico e incluso abstenerse de insistir en soluciones posibles desde el punto de vista médico cuando comprende la magnitud del choque con los valores y creencias del paciente.

El tercer criterio es espurio y no ético y sólo se explica en un medio donde enriquecerse a partir del error médico se ha vuelto práctica cotidiana.

Aclarado esto, es necesario volver hacia el consentimiento informado, tan necesario, una vez que se logra despojarlo de esta sobre dimensión del derecho de autonomía del paciente.

Esta información requiere de veracidad, y los límites de esta veracidad siempre son motivo de enconadas discusiones.

## **LA PRÁCTICA DE LA VERACIDAD PARA EL EJERCICIO DE LA AUTONOMÍA**

Es indiscutible el derecho de todo paciente que se acerca al médico de conocer su diagnóstico, pronóstico y tratamiento y que sólo situaciones muy especiales justificaran no hacerlo. El problema está en que tan pronto como se habla de “situaciones muy especiales” cada cual interpreta a su manera que situaciones son esas que justifican ocultarle al paciente su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Antes de pasar a discutir este asunto, se expone una pequeña digresión necesaria. En los cuerpos de guardia y en ocasiones también en consulta, por malos hábitos de trabajo que tienen más relación con el desconocimiento del principio de autonomía que del tema que se discute, no se le explica al paciente el pronóstico de su padecimiento si no realiza el plan, si lo realiza parcialmente o si lo realiza tal y como se le dice; y tampoco las molestias y posibles consecuencias que este tratamiento puede ocasionar. Es decir no se practica el consentimiento informado porque se asume que hay en todas las personas un consentimiento de confianza en la decisión del médico.

En las enfermedades oncológicas las discrepancias comienzan en si se le dice o no el diagnóstico al paciente, los que plantean no decirlo argumentan que en Cuba este diagnóstico significa para el paciente “usted va a morir”.

Desde hace muchos años se sabe que el cáncer detectado a tiempo es curable y es precisamente el tabú alrededor de la palabra el que ha contribuido a que un porcentaje grande de la población aún no lo sepa. Pero lo importante para poder ejercer la autonomía no es el nombre de la enfermedad temida sino la explicación clara de las consecuencias de seguir una u otra línea de conducta a la hora de enfrentar la situación de enfermedad. Además de que para un buen número de pacientes hay otros diagnósticos que le producen mayor temor porque afectarían durante años su calidad de vida.

Sólo el conocimiento profundo de la forma de pensar, sentir y actuar de un paciente en relación con un diagnóstico permitirá muy de vez en vez tropezar con una situación especial que justifique por la inminencia de muerte que estaríamos provocando (por razones psicossomáticas o intento de suicidio) arrebatarse a este paciente su derecho a saber y dar o no su conformidad con lo que se le propone, por lo tanto, es absurdo y estereotipado prohibir unos diagnósticos y exigir otros sin analizar cada paciente. En cuanto al manejo del pronóstico el análisis es más complicado y aparecen argumentos válidos en cada lado de la balanza. En primer lugar, es cierta la idea de que la veracidad con la información de todos los problemas y complicaciones que pueden presentarse tanto en la enfermedad, como en los exámenes complementarios y el tratamiento, puede aumentar la ansiedad, provocar depresión e incluso estados de desesperación en el paciente y por tanto es una excusa de peso para los que piensan que las verdades pueden ser atenuadas y las complicaciones poco frecuentes no deben ser comunicadas hasta el momento de su aparición.

Probablemente sea cierto que no sería una buena práctica decirle a cada madre que tiene un hijo con parotiditis, que existe la posibilidad de que su hijo se complique con una encefalitis debido a esta enfermedad. Pero en enfermedades donde la aparición de la complicación tiene una relación con el estilo de vida y la conducta del sujeto ante el tratamiento, aunque los porcentajes sean bajos, se debe pensar en comunicarlo si se aspira a que el paciente sea sujeto (y no objeto) de su propia salud.

El costo-beneficio para el paciente en la mayoría de los casos así lo aconseja, aunque aumente su ansiedad y se deprima algo, pero resulta indudable que si se plantea que siempre se debe comunicar sin individualizar el costo-beneficio, se podrían cometer errores que deben evitarse en pacientes con rasgos neuróticos cuya conducta se desorganiza frente al estrés.

En este tipo de análisis rara vez se encuentran referencias a las consecuencias que producen los afectos negativos prolongados que pueden provocarse en el paciente, sobre todo cuando se trata de enfermedades de larga duración; ellos pueden desencadenar en el paciente crisis de enfermedades psicossomáticas que ya padece o incluso funcionar como disparador para que estas enfermedades se expresen.

Menos aún se ven referencias a que estos afectos negativos deprimen las defensas inmunológicas frente a procesos infecciosos. Esto debe estar presente en la mente de todo médico al valorar el costo-beneficio de

lo que va a comunicar y de la forma de hacerlo. Aunque es indiscutible que lo anterior aumentará el número de posibles excepciones, en la enorme mayoría de los enfermos la veracidad para un buen consentimiento informado es imprescindible para beneficiarlo realmente.

Lo que se hace necesario es no sólo valorar el tipo de paciente (de lo que se habla mucho) sino también la situación de que se trate (de lo que se habla poco).

En situaciones donde se van a realizar acciones irreversibles, como amputaciones, enucleaciones, entre otras, cualquier argumento en contra de informar al paciente parece poco lógico, si se teme una reacción exagerada o peligrosa frente a la noticia o se invoca evitar sufrimiento psicológico, resulta cierto que frente al hecho consumado se producirán ambas cosas con una intensidad igual o mayor, con el agravante, además, de que la relación medico-paciente con aquellos que no le explicaron y pidieron su consentimiento empeorará.

En situaciones donde el paciente debe participar activamente con cambios en sus costumbres y estilo de vida, es poco efectivo dejarlo a la imposición de los familiares informados porque el paciente sin saber lo que está en juego será muy poco cooperativo y es muy difícil que se logre el cambio deseado. Sin embargo, cuando con la comunicación se provoca gran ansiedad y depresión en pacientes en que estas reacciones son peligrosas por su edad o por antecedentes de padecer otras enfermedades psicosomáticas mientras que las acciones que sobre él se realizarán conducen a una rápida curación y no son peligrosas, (ni dolorosas, ni exigen esfuerzos de voluntad del paciente) no sería realmente pecaminoso obtener el consentimiento informado de los familiares. En medicina no es posible creer que se pueda plantearse una jerarquía de valores que preconice una verdad que favorezca en un porcentaje estadístico alto las complicaciones e incluso la muerte.

Por otra parte, uno de los argumentos más convincentes a favor de no trasladar a los familiares el derecho de autonomía del paciente con la excusa de que hacer un buen consentimiento informado podría alterarlo, es que la respuesta más frecuente de los familiares es: *sálvemelo doctor, haga, lo que haga falta*. Lo cierto es que no siempre, si de ellos se tratara, aceptarían los sufrimientos que en ocasiones el médico tiene que provocar (o no aliviar) para lograr unos meses más de vida.

En esta última circunstancia cuando las acciones médicas necesarias son en extremo dolorosas o peligrosas y cuando las secuelas debido al tratamiento pueden afectar seriamente la calidad de vida en el futuro, son casi inexistentes las situaciones especiales que justifiquen privar al paciente de su derecho a decidir.

Es necesario reflexionar sobre las situaciones que pudieran presentarse cuando lo que se comunica es que no hay nada que hacer y que lo que le resta al paciente por hacer es esperar la muerte con resignación.

Los argumentos que se han expresado para justificar decir a un paciente que para él no queda ninguna esperanza, parecen poco convincentes en las condiciones de vida de la mayor parte de los enfermos de los pueblos del tercer mundo. Los pobres parecen quedar excluidos de los análisis.

Rara vez existe entre ellos la necesidad de repartir bienes y propiedades para evitar largos litigios y disgustos familiares. Ni podrán hacer el viaje a Europa que han venido aplazando por los negocios. Pero es que aún entre los ricos no hay que desahuciar a un paciente para explicarle la conveniencia de hacer testamento y son pocos los estados terminales con condiciones de salud como para disfrutar de un viaje.

En esta situación donde ya no hay decisiones terapéuticas en que participar, cuando la comunicación en discusión es decirle: le quedan a usted haga lo que haga entre tres y seis meses de vida, al parecer, lo que puede producirse es una estadística inversa y son enfermos muy especiales los que pueden ganar algo con esta información.

Si a la mayoría de los seres humanos, se le quita toda esperanza, tendrán una peor calidad de vida durante el tiempo que les queda. Hay que recordar que una parte del castigo a aquellos que se les aplica la pena de

muerte, es el conocimiento de cuando van a morir. Si cada vez más la humanidad coincide en que son pocos los crímenes que justifican tal castigo, ¿qué justifica a los profesionales de la salud estar comunicando fechas de muerte? Donde además, el margen de error con frecuencia es grande.

En algunas culturas parece no ser tan terrible el hecho de morir y plantean que en definitiva todos saben que morirán, no es el caso de la cultura occidental, donde en realidad parecen muy pocos los que están listos para morir mañana si no media una justificación heroica.

Dedicarse a destruir los mecanismos de defensa que cada ser humano va creando para una mejor adaptación biopsicosocial a los problemas que la vida le presenta parece un contrasentido médico que sólo estaría justificado en consultas especializadas. Sin embargo, cuando estos mecanismos inconscientes afectan directamente la toma de decisiones y alejan al paciente de las mejores opciones terapéuticas, no cabe duda de que el médico tiene que intervenir.

Otra situación de ejercer la veracidad muy discutible es cuando se descubren enfermedades genéticas como por ejemplo la corea de Huntington que se expresará muchos años después.

Las ventajas que puede tener para un paciente conocer que 20 o más años después va a sufrir una enfermedad terrible que no puede ser evitada ni curada son difíciles de imaginar; esto no quiere decir que se le niegue el derecho a que se le realice la prueba y conocer los resultados si expresamente lo pide, pero en el caso de que se trate de un hallazgo no esperado, la decisión de comunicarlo puede producir grandes cambios en la calidad y el estilo de vida de la persona y la lógica indica que en muy pocas personas esos cambios producirían una vida mejor durante los años de salud que le quedan.

Es importante en el tema de la veracidad insistir en algunos aspectos. El enfoque dialéctico contestando a la pregunta de que debe hacerse con: “depende de qué paciente” se usa con frecuencia para evadir la discusión y el análisis. De esta manera dos profesionales con pensamientos y conductas bien divergentes sobre este tema, terminan respondiendo lo mismo.

Cuando se insiste en la importancia de individualizar cada enfermo y valorar sus características, el tipo de enfermedad y sobre todo la situación de que se trate, se hace con el objetivo opuesto de ir por medio de la discusión y el análisis del costo-beneficio a la conclusión de que no puede haber reglas rígidas, pero que salvo casos excepcionales, los sufrimientos psicológicos de los pacientes están más relacionados, por lo general, con la falta de información veraz en cuanto a diagnóstico, pronóstico, pruebas auxiliares del diagnóstico y tratamiento, que con el uso adecuado de la veracidad para lograr un buen *consentimiento informado* y el ejercicio del derecho de autonomía por parte del paciente.

Otro aspecto en que se quiere insistir por la preocupación que provoca, es en el desconocimiento o al menos en la poca importancia que se le da en estos análisis y en general en el ejercicio práctico de la profesión, a los temas de la psicología médica.

La reacción psicológica del enfermo somático y los trastornos somáticos debido a los afectos negativos mantenidos y el estrés, son indispensables en el análisis del costo-beneficio de las comunicaciones, es a partir de esta relación soma- psiquis y de los efectos sobre la relación médico-paciente donde con más frecuencia será necesario apoyarse para decidir si hay algo que debe o puede dejar de decirse al paciente o por el contrario, que no puede ni debe dejar de decirse. El costo y el beneficio en lo psicológico y lo biológico por lo general van juntos, es un error separarlos y es un error también restar importancia a las consecuencias que se producen por no prestar atención a los aspectos psicológicos.<sup>8-10</sup>

Se analizaran ahora los cuatro tipos de relación médico-paciente que describen *Ezequiel* y *Lina Enmanuel* y la ausencia de contradicción con el uso del consentimiento educado dentro de la relación médico-paciente deliberativa.<sup>11</sup>

## LA BIOÉTICA EN LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

## **Relación paternalista**

Antes de que los conceptos de autonomía y consentimiento informado ganaran el espacio que hoy están teniendo, el tipo de relación medico-paciente predominante en el mundo era de corte paternalista. El médico con sus conocimientos y experiencia tenía la obligación de decidir las acciones más adecuadas para lograr la prevención, curación o rehabilitación del paciente teniendo en cuenta el costo-beneficio de cada una de sus acciones sobre el “objeto” de su atención. Esta práctica de desconocer al paciente como persona lo conducía con frecuencia a una medicina deshumanizada con muchos contactos con el ejercicio de la medicina veterinaria.

No era raro que en las salas hospitalarias se llamara al paciente por su número de cama: “cama 12 a radiología, cama 5 a comer” y lo que era peor aun “¿Qué tienes en la cama 7? -una vesícula. - ¿y en la cama 9? - una apendicitis.

Paso a paso sin llegar al ejercicio pleno de la autonomía estas conductas han mejorando en los últimos 40 años con la incorporación de los criterios de la psicología médica, dando a la medicina un carácter mucho más humano, pero se puede afirmar que en Cuba con diferentes grados de desarrollo, continúa predominando el tipo de relación paternalista entre el médico y el enfermo donde el médico tiene la última palabra sobre lo que se debe y no se debe hacer.<sup>12-15</sup>

Sería bueno dejar claro en este momento para evitar confusiones posteriores, en que consiste la esencia de lo que se llaman relación paternalista. La esencia está en que el médico no le da participación al paciente en la toma de decisiones, la posibilidad de que como consecuencia de esto se le de al paciente poca o ninguna información sobre lo que se está haciendo o se hará en el intento de curarlo, y el por qué se hace cada cosa o brindarle una información parcial donde sólo se habla de los posibles beneficios pero no de los riesgos, no es parte esencial de la relación paternalista; pudieran superarse todos estos defectos en el manejo de la información pero si no se le brinda al paciente la posibilidad de participar en la toma de decisiones sobre lo que se piensa hacer continuaría de hecho siendo paternalista esta relación.

De igual manera el que se produzca la despersonalización del paciente o deshumanización en la práctica médica no es una condición necesaria de este tipo de respuesta, de hecho los médicos paternalistas muy raramente caen en estos errores.

Algunos autores incluyen dentro de la esencia de esta relación el hecho de que el médico influya de alguna forma en la decisión del paciente, es decir que aunque le diera participación al paciente en la toma de las decisiones, si el médico no acepta y apoya en primera instancia lo que sugiere el paciente y procede a promover una discusión de las acciones a seguir para lograr una decisión colegiada entre ambos, lo clasificarían igual como paternalista. Muchos discrepan de esta posición y creen que estarían frente a un nuevo tipo de relación: la relación deliberativa que se analizará más adelante.

## **Relación informativa**

Esta relación tiene como objetivo proporcionar una información completa en cuanto a diagnóstico pronóstico y tratamiento que permita al paciente ejercer la autonomía a través del consentimiento *informado* y pone como condición que el médico renuncie a su carácter de guía y se abstenga de influir en la decisión del paciente en cuanto a lo que quiere o no quiere hacer para alivio y curación de su enfermedad. La valoración del costo-beneficio de las acciones médicas y la toma de decisiones recae totalmente en el paciente.

Se ha visto cuando se trataron los aspectos de la veracidad, la importancia que tiene una buena información de cada paso del proceder médico, son incontables los ejemplos de cuanto sufrimiento y preocupaciones innecesarias pueden ahorrársele al paciente con este proceder.

Durante el ejercicio de su profesión en materia de psicología médica, el Dr. *Núñez de Villavicencio Porro* recuerda el gran número de pacientes que confesaban que a partir de su ingreso, en los días subsiguientes, la idea de que su vida estaba en peligro no los abandonaba y sufrían del miedo a la muerte, cuando en algunos de ellos para el médico estaba claro que la vida del paciente estaba fuera de peligro, a veces desde el interrogatorio y el examen físico inicial o desde la llegada de los primeros resultados de las pruebas auxiliares diagnósticas; simplemente no pensaban que al paciente pudiera ocurrírsele algo así en ese tipo de enfermedad y que para no sufrir innecesariamente necesitaba de esa información sobre su pronóstico.

Otro ejemplo es el caso de un paciente con degeneración senil de la mácula a quien informaron cuidadosamente por qué era importante destruir con rayos láser algunas lesiones que tenía en esa área del ojo, pues con ese procedimiento se había observado que después de la cicatrización estas lesiones tenían una mejor evolución. El paciente accedió, pero no durmió pensando toda la noche en el dolor de las quemaduras en el ojo, en la pérdida temporal de un porcentaje alto de la visión y en los posibles riesgos de error y estuvo a punto de no concurrir al día siguiente. Sufrimientos todos innecesarios porque se trataba de un procedimiento no doloroso, poco invasivo, sencillo y con amplio margen de seguridad.

La información completa es necesaria para evitar falsas suposiciones aun cuando no se esté a la búsqueda del consentimiento informado y con mucha más razón cuando se aspira a que el paciente participe como sujeto de su propia salud; y debe ser este un proceso que se desarrolle frente a cada nueva acción en que se requiera actuar sobre el paciente.

La presentación de una información completa resulta suficiente, generalmente, pues traslada por sí sola la mayor parte de la experiencia objetiva del médico, que de hecho influye en la toma de decisiones y que aunque se crea que en la mayoría de los enfermos este precepto debiera flexibilizarse a favor de una relación deliberativa (que se analizará más adelante), hay situaciones muy especiales donde el conflicto de realización de acciones médicas se produce por creencias religiosas o culturales de tal peso en la jerarquía de valores del paciente que justifican que el médico se abstenga en esos casos (son realmente pocos) de discutir las opiniones del paciente.

Lo que debe quedar claro es que discutir y tratar de colegiar la decisión no significa imponer ni obligar, esto último es indudablemente que está más allá de las prerrogativas que pueden dársele a un ser humano sobre otro por más que lo hiciera lleno de las mejores intenciones. Sin embargo, si de situaciones límite se trata, que con tanta frecuencia se usan para defender posiciones como la del suicidio asistido, ocurre que un sujeto en los pisos superiores de un edificio en llamas (subió 10 pisos por las escaleras) que sufre de fobia a los elevadores (la neurosis fóbica no está incluida entre las causas que hacen perder la autonomía) y que por temor a montar en elevadores está a punto de dejar escapar el último y morir quemado; si en ese momento cuando la puerta está por cerrarse alguien lo empuja y entra junto con el sometiénolo a una crisis de nervios, no merecería grandes críticas desde el punto de vista ético.

Resumiendo este tipo de relación: las ventajas de que el paciente reciba una información que le permita actuar como sujeto de su propia salud resulta incuestionable en la casi totalidad de los enfermos, hace posible el *consentimiento informado* y el ejercicio de la autonomía por parte del paciente. El añadido de no influir cuando el paciente toma decisiones que lo alejan de las acciones de salud, debe ser menos absoluto.<sup>16</sup>

En páginas anteriores, se analizó y se discrepó de los tres criterios por los que en la relación informativa se pide que el médico renuncie a su experiencia como guía y no sugiera la conducta a seguir informando simplemente de los riesgos que conlleva realizar o no realizar una acción médica determinada.

Se insiste ahora en declarar que el uso adecuado del consentimiento informado es un avance importante en la práctica médica, se pudiera mantener ese nombre despojándolo de la regla que impide al médico realizar su trabajo como educador y guía de la salud, pero como en realidad se preconiza otra forma de actuar preferimos llamarlo consentimiento educado.

Se verá cuantas cosas tendría que dejar de realizar el médico si aplica al pie de la letra un consentimiento

informado ortodoxo dentro de una relación médico-paciente informativa.

En la consulta se recibe a un paciente que se ha recuperado recientemente de un infarto del miocardio. Se entera el médico de que continúa fumando y comiendo alimentos que contienen altos índices de colesterol. ¿Deberá sólo insistirle en los riesgos que este adulto ha oído y desechado tantas veces a lo largo de su vida o incluso aceptar su decisión y no insistirle? El médico tiene entre sus funciones la obligación de educar a sus pacientes en cuestiones de salud, todo el trabajo de prevención primaria depende de lograr en el paciente cambios en su estilo de vida y en los grupos humanos, cambios en su modo de vida. Para lograr esto hay que actuar sobre los valores y la jerarquía de valores de los pacientes, así como en sus motivaciones y escala de motivos.

Lo que se intenta es llevarlos a tomar decisiones para cambiar las conductas que resultan en riesgos para la salud. Parece una posición ética rara aquella de que lo que está bien en una campaña de salud esté mal en una relación individual y resulta poco creíble que son más los errores médicos que sufriría este paciente cuando el profesional de la salud pone a su servicio su experiencia completa, opina y usa las técnicas de la psicología para cambiar actitudes, que cuando se limita a brindarle un porcentaje de riesgos.

### **Relación interpretativa**

La relación interpretativa se justifica a partir del criterio de que no es raro que el paciente a veces confunda sus verdaderos deseos y que algunos de estos permanezcan fuera del área de su conciencia durante su toma de decisiones, en ocasiones, por mecanismos de defensa que protegen su autoestima y en otras por conflictos mal resueltos en su jerarquía de valores y escala de motivos.

En ella el profesional se propone ayudar al paciente (sin influirlo) a que encuentre sus prioridades reales en la situación dada, para a partir de estos valores predominantes encontrados, trazar un plan que se avenga bien a esos valores del paciente.

Esta relación tiene el obstáculo de que el médico de nuevo queda imposibilitado de actuar frente a una mala jerarquización, por ejemplo, en cuanto al sedentarismo, el tabaquismo, los malos hábitos de alimentación (exceso de colesterol, exceso de calorías, rechazo a los vegetales, entre otros).

Pero el obstáculo mayor está, en que lo que se intenta es la aplicación de una técnica psicoterapéutica que no está incorporada en el arsenal normal de los médicos. Ayudar al paciente a que descubra por sí solo sus verdaderos deseos superando tabúes y mecanismos inconscientes de defensa parece más tarea de psiquiatras que de médicos generales.

No obstante si el primer obstáculo mencionado puede ser una insuficiencia de esta forma de relación, el segundo es una deficiencia de los médicos; los profesionales de la salud capaces de brindar esta ayuda a sus pacientes y permitirles aclarar en ellos factores importantes para una buena toma de decisiones, estarían sin duda haciendo un buen trabajo.

### **La relación deliberativa**

En este tipo de relación el médico analiza junto al paciente las alternativas posibles a seguir y puede discrepar y discutir decisiones del paciente, el proceso de decisión es deliberativo. El profesional de la salud trata de ayudarlo a encontrar soluciones de compromiso que permitan realizar las acciones médicas con mayores posibilidades de éxito, afectando lo menos posible los valores y motivaciones del paciente.<sup>17</sup>

Esta alternativa deja abiertas las puertas para tratar de influir en la decisión final teniendo como mira el costo-beneficio desde el punto de vista médico, pero con la obligación de no desconocer el derecho del paciente a ejercer su autonomía a partir de una información completa y que este en definitiva tomará la

decisión final.

Sin embargo saber influir es algo que requiere técnica e inteligencia. La orden directa y el consejo de lo que debe hacerse se ha demostrado que no es la mejor manera de cambiar actitudes hacia las acciones de salud. El uso de técnicas no directivas donde el médico a partir de una hipótesis sobre lo que está sucediendo intenta corregir la actitud indeseada, es un buen método para que el paciente aclare los verdaderos obstáculos que le impiden aceptar la propuesta de una acción de salud.

Este enfoque sobre el uso de la relación deliberativa la acerca mucho a lo que se ha venido planteando, tanto en escritos anteriores como en este, de que el médico además de informar tiene el deber de educar para obtener no sólo un consentimiento informado, sino también un consentimiento educado.

El médico debe ser un abogado de las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de sus pacientes y un educador que lucha para que en la jerarquía de valores y en la escala de motivos de sus enfermos, estas acciones ocupen un alto lugar jerárquico en el momento de la toma de decisiones por ellos.<sup>18</sup>

En esta relación deliberativa debe lucharse para que sea el paciente el que oferte los sacrificios que está dispuesto a hacer en cuanto a cambios de hábitos y costumbres dañinas para la salud.

En la búsqueda de un estilo de vida más saludable, el médico debe tener paciencia y comprender que ir dejando que el paciente logre un pequeño cambio tras otro puede conducirlo a la meta deseada. Los obstáculos que conducen al paciente a decisiones autonómicas no deseadas pueden ser externos o internos, entre estos últimos, el miedo no controlado y en ocasiones irracional a las acciones médicas es un problema frecuente que exige de la participación del equipo de salud en la ayuda del paciente. No parece ético decirle al paciente: *la decisión es tuya cuando estés listo vuelve a verme.*

Otro obstáculo interno que exige de la intervención del facultativo está relacionado con las cualidades volitivas del paciente para mantener y llevar a efecto la decisión tomada. La falta de independencia, de firmeza, de perseverancia o de auto dominio puede dar al traste con lo que ya parecía resuelto y obliga a nuevas decisiones colegiadas entre el médico y el paciente.

Se debe partir del criterio de que son minoría las situaciones en que las conductas médicas en uso son inaceptables para el paciente y también pocas las situaciones en que la decisión autonómica del paciente es inaceptable desde el punto de vista médico. Esto hace muy viable la búsqueda de decisiones colegiadas entre ambos y en la mayor parte de los enfermos, no exige de largas entrevistas de análisis y discusión para llegar a acuerdo sobre la conducta a seguir.

El temor con este tipo de relación está dado porque las posibilidades de argumentación sobre cuestiones de salud entre el médico y el paciente son casi siempre muy dispares, y se argumenta que al intervenir el profesional con sus criterios puede sin darse cuenta terminar en una relación paternalista. La solución de este problema real depende de que el médico esté alerta de lo que realmente quiere, que no es imponer un criterio sino enriquecer el análisis de la decisión del paciente tomando en cuenta diferentes puntos de vista y de que incluso, cuando está tratando de educar y modificar una actitud, evite confundir a un paciente que se rinde con un paciente que aprendió.

De cualquier forma, una relación que informa sin hacer trampas y atiende y discute lo que el paciente propone y deja en manos de este la decisión final, difícilmente pueda ser enmarcada dentro de una relación paternalista.

## **METAS A LOGRAR**

Lo primero a conseguir con los médicos que psicológicamente no están listos para dejar en manos de sus pacientes la toma de decisiones (son muchos), es lograr de ellos un salto de calidad en la información que brindan sobre el diagnóstico, posibles pronósticos, las molestias, riesgos y el para qué de cada una de las pruebas auxiliares diagnósticas y las acciones terapéuticas.

Debe lograrse de ellos la comprensión de que con esto se obtiene un nivel muy superior de participación y apoyo activo del paciente como sujeto de su propia salud y se le evitan un gran número de temores, sufrimientos y sustos debido a su imaginación y la falta de información.

El otro aspecto de gran importancia que debe hacerse comprender es la importancia de investigar y escuchar los conocimientos previos del paciente, sus opiniones y creencias, los afectos (emociones y sentimientos) en relación con la enfermedad o acción de salud de que se trata, las motivaciones en que puede apoyarse y las motivaciones que aún faltan y deben intentar ayudar a crear.

Que al menos en todo aquello que no signifique un cambio notable en cuanto a costo-beneficio para el paciente, deben tratar de hacer coincidir las medidas orientadas con la opinión, expectativas y deseos del paciente. Con esto, si bien en esencia la relación seguiría siendo paternalista, se abriría un espacio de autonomía y se evitarían los errores acompañantes de información pobre o tendenciosa y de trato despersonalizado del paciente.

En cuanto a los médicos que por el contrario han hecho suya la versión anglosajona más ortodoxa de la relación informativa, (no son tantos) y que con un buen uso de la información, logran un buen consentimiento informado y respetan la autonomía del paciente; deben conseguir de ellos la adecuación a las necesidades de los facultativos debido a la diferencia de metas entre el sistema de salud del país y la práctica de la medicina en EE.UU.

Mientras las relaciones médico-cliente son las que predominan en aquel medio, en el cubano lo que se espera del especialista en medicina general integral es que se convierta en líder de opinión sobre salud del grupo humano a su cuidado y que obtenga en su área cambios en las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Esto sólo se puede lograr, educando a la población e influyendo en sus modos y estilos de vida y en la conducta de salud de ese grupo poblacional.

Deberán, por tanto, estos médicos para cumplir con sus tareas flexibilizar algunas de las prohibiciones de este tipo de relación.

En el caso de la relación interpretativa, la meta estaría en mejorar la enseñanza de técnicas psicológicas en especial las técnicas no directivas, cosa esta que ya se viene haciendo en los programas de estudios de pregrado y en cursos de posgrado, aunque es innegable que aún no es suficiente el tiempo y el esfuerzo dedicado a ello.

En la relación deliberativa están puestas las mayores esperanzas, esta solución de compromiso entre la relación paternalista y la relación informativa ortodoxa parece la solución de los defectos que ambas tienen. Al parecer, impresiona como que los médicos intuitivamente van acercándose a ella; el peligro está en que no se convierta en una nueva relación paternalista con maquillaje. Se debe lograr, por tanto, que en esta relación, el médico mientras educa al paciente para que analice y valore mejor los beneficios de las acciones promovidas por la práctica médica, no pierda de vista su derecho de ser aceptado tal y como es en ese momento de su desarrollo; que la alternativa no puede ser o hacer lo que te digo o no te atiendo; y que por tanto, mientras lucha porque el paciente le permita más, estará siempre dispuesto a lograr lo más posible dentro de lo que este le permita hacer.

## **SUMMARY**

### **Educated consent vs. informed consent**

The article developed the idea of doing good as the ruling principle of the four principles suggested by clinical ethics, and the importance of truth, taking exceptions into account. It dealt with the need of a good process of informed consent and the unaffordable cost of the rule that prevents the physician from influencing the patient and at the same time from fulfilling his/her role as an educator. It further analyzed the advantages of educated consent that does not leave the patient alone at the difficult decision-taking

time and allows changing the patient's negative health behaviours. Several types of physician-patient relationships following *Enmanuel E. & Enmanuel L.*'s classification and how the use of educated consent is feasible in deliberative relationship were also considered. Some goals that should be attained in Cuba were put forward.

*Key words:* Ethics, physician-patient relationship, informed consent, educated consent.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso D, Ramírez A, Smith V. *Ética y deontología médica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1979.
2. Gracia D. *La bioética médica*. Washington DC: OPS;1990.
3. Pellegrino E. *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*. Washington DC: OPS;1990.
4. Lara M, de la Fuente J. *Sobre el consentimiento informado*. Washington DC: OPS;1990.
5. Simón P, Cocheiro L. *El consentimiento informado. Teoría y práctica*. Med Clin (Barc). 1993;659-63.
6. Chan EC, Vernon SW, O'Donnell FT, Chul A, Greisinger A, Donnie WA. *Informed consent for cancer screening with prostate specific antigen. How well are men getting the message?* Am J Public Health. 2003;95(5)779-85.
7. Kottow M. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago;1995.
8. Nuñez de Villavicencio F. *Psicología y salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
9. Nuñez de Villavicencio F. *Psicología médica.T2*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación;1987.
10. Bustamante JA. *Psicología médica. T2*. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica;1967.
11. Emmanuel E, Emmanuel L. *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA. 1992;207(16):22-9.
12. Goic A. *Ética de la relación medico-paciente*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995;1(1):79-90.
13. Acosta J. *¿Quién debe decidir?* Avances Médicos de Cuba. 1996;3(6):50-62.
14. Gracia D. *El qué y el por qué de la Bioética*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995;1(1):35-54.
15. Pellegrino E. *Metamorfosis de la Ética Médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995;1(1):19-34.
16. Comerford MC. *Issues in patient education*. J Midwifery Womens Health. 2004;49(3):203-9.
17. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA;1991.
18. Nuñez de Villavicencio F. *Bioética. El médico un educador*. En: Acosta J, editor científico. *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 1ra ed. La Habana: Editorial Félix Varela;1997.

Recibido: 27 de abril de 2006. Aprobado: 30 de junio de 2006.

*Fernando Núñez de Villavicencio Porro*. Calle 146 No. 2504 e/25 y 31. Cubanacán, Playa. La Habana 11600, Cuba,

e-mail: [fernando.porro@infomed.sld.cu](mailto:fernando.porro@infomed.sld.cu)

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Psiquiatría, Presidente de la Cátedra de Ética Médica y Bioética de la facultad "Victoria de Girón".