

## **TEMA DE ESTUDIO: BIOÉTICA CLÍNICA (I): EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL CONCEPTO Y LA COMPRENSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**Victor M. Idoate García**

*Doctor en Medicina y Cirugía*

*(U. de Zaragoza. Año 1989).*

*Doctor en Filosofía (U. del País Vasco. Año 1997)*

#### **Significación del consentimiento informado para el médico: Relación entre ambos, comunicación.**

Si tenemos en cuenta que la relación médico enfermo es una especie de contrato entre dos partes, y que la relación es diádica (o cuasi-diádica), según afirma LAIN ENTRALGO<sup>1</sup>, existe consentimiento, cuando existe una verdadera relación de mutua confianza, establecida en la comunicación entre ambos, fundamentalmente por la palabra tal y como indica LAIN ENTRALGO<sup>2</sup>. Es necesario que el paciente pueda tener un aspecto en el que pueda decidir sobre el tratamiento o las exploraciones a realizar (colaborador en el tratamiento y en las exploraciones), pero para que el paciente pueda decidir es necesario que el médico, considerado como el experto, informe correctamente al paciente.

Es frecuente que el paciente firme su consentimiento de la exploración o de la intervención sin que haya tenido una correcta

comunicación con el médico que va a realizarla. Esta forma de actuar, es a la vez una irresponsabilidad del médico y una fuente de problemas legales para él. Es una irresponsabilidad por parte del médico porque incumple un precepto importante, y que se recoge en los textos más antiguos de la medicina hipocrática, en la que la educación del paciente para recuperar la salud es un mandato imperativo<sup>3</sup>.

Por otra parte, la información adecuada al tratamiento o la exploración puede aumentar la confianza del enfermo en el médico, confianza que a la larga será beneficiosa para la curación, y en la que existirá una verdadera colaboración de ambos, tal y como se recoge en el libro de las Epidemias.<sup>4</sup>

#### **Significación del consentimiento informado para el paciente. Importancia en la relación médico enfermo**

La existencia de una relación deficiente entre el médico y el enfermo, que se traduce en una falta de confianza entre el segundo y el primero, no le hace ningún beneficio al tratamiento de la enfermedad. Si no se respeta la posibilidad de elección del enfermo nos encontraremos con la situación clásica del paternalismo médico, en la que toda la decisión queda a cargo del médico, sin que se llegue a plantear la posibilidad de relación diádica, tal y como señala GRACIA<sup>5</sup>, y la que es fácil caer en las tendencias marcadas por

SKODA o también llamadas científicismo por MARAÑÓN <sup>6</sup>.

Pero en esta forma de actuar, no puede considerarse que existe una

verdadera amistad (la base de la relación médico enfermo como *philia*), tan necesaria en la relación entre humanos, y cuyo exponente máximo es la del médico con el enfermo, ya que la verdadera amistad supone como indica ARISTOTELES <sup>7</sup>, la igualdad entre ambos como hombres, con un proyecto a corto plazo que tiene el mismo fin, lograr la curación <sup>8</sup>.

### Medios de dar la información

Teniendo en cuenta la existencia de principios por los que el médico (técnico en la materia de la enfermedad, tomado del griego *Technos iatrike*)<sup>9</sup> debe informar al enfermo sobre las características del mal que le aflige, y de las exploraciones que el considera en su leal entender que deben realizarse, para que este último a la luz de los conocimientos puestos a su disposición sea capaz de determinar si acepta o no lo propuesto por el médico, nos encontramos pronto con un problema añadido.

Podemos caer en la tentación de utilizar el lenguaje médico cuando hablamos a nuestros pacientes, y explicamos el discurrir natural de la enfermedad. Si lo hacemos, es más que dudoso que el enfermo, por muy buena voluntad de entendernos que presente, no encuentre más que un galimatías de expresiones cuyo significado se le puede escapar. Esto implica que debemos usar el lenguaje coloquial para conseguir que nos entienda, y asegurarnos de que así ha sido, mediante la repetición por parte del enfermo de lo que él ha comprendido.

Cuando le hagamos repetir la idea de las exploraciones o de la investigación que vamos a realizar, es necesario darse cuenta que no debe comprender la retórica, y únicamente entender las analogías o metáforas que hemos empleado para hacer más fácil la comprensión de lo que pretendemos, sino que debe saber lo fundamental de la intención que le proponemos. Si es preciso será necesario volverlo a explicar.

Si la palabra presenta problemas a la hora de la comprensión del sujeto que va a participar en el estudio o en la exploración. las complicaciones aumentan cuando se trata del lenguaje escrito.

Varios tipos de texto se han empleado. Los hay muy cortos que van definitivamente a explicar lo que se pretende, los hay muy amplios que presentan el problema añadido de la complejidad del mensaje que se pretende hacer llegar al paciente, y por último existen los intermedios. Junto con la longitud del texto, la estructura, la forma del mismo tiene importancia para la comprensión. Si lo elegimos muy corto, nos quedamos con lo fundamental, pero su comprensión es difícil, y si por el contrario lo elegimos muy largo, ocurre lo mismo. En lengua inglesa existen diferentes estudios sobre la comprensión del mensaje GRAY y cols en 1978 <sup>10</sup>, o el de RIEKEN en 1982 <sup>11</sup> o el de MORROW de 1980 <sup>12</sup>. Esto implica que el texto escrito debe ser lo suficientemente explícito para que su comprensión resulte fácil.

Si la comprensión del mensaje es incorrecta, si el enfermo firma la hoja que se le presenta para obtener el consentimiento informado, estaremos favoreciendo la aparición del consentimiento desinformado, que no es éticamente válido, pero que es universalmente aceptado en los centros hospita-

rios como un requisito previo para realizar cualquier exploración.

La tecnología moderna ofrece la posibilidad de ayudar a la comprensión del mensaje, con la ayuda del video en el que podemos registrar las ideas fundamentales de la investigación tal y como expresa BARBOUR en 1978<sup>13</sup>.

Como inconveniente de proceder meticulosamente (repeticiones, explicaciones, textos escritos, video...) esta la carencia de tiempo (sobrecarga del número de exploraciones o la propia metódica de la investigación) que en algunas circunstancias aqueja a los centros de investigación o de tratamiento, pero que de ninguna manera justifica la carencia de información.

Como conclusión podremos exponer que el problema fundamental es que para conseguir la comprensión completa del objeto de la investigación no basta con la utilización de uno u otro método, dado que cada uno presenta ventajas o inconvenientes, sino que será necesario unirlos para obtener un resultado óptimo.

Correspondencia: Víctor M. Idoate.  
Chapitela 17. 31001 PAMPLONA

### **Bibliografía**

1. LAIN ENTRALGO, P. La relación médico-enfermo. Alianza Universidad. Madrid. 1983

2. LAIN ENTRALGO, P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Anthropos. Barcelona. 1987

3. LAIN ENTRALGO P. La medicina hipocrática. Instituto Arnau de Vilanova. CSIC. Clásicos de la medicina. Madrid.

4. HIPOCRATES. Epidemias. Gredos. Madrid. 1989

5. GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Eudema. 1ª E. Madrid. 1991

6. MARAÑÓN G. La medicina y nuestro tiempo. Espasa Calpe. Col Austral. 5 ED. Madrid, 1980

7. ARISTOTELES. Etica Nicomaquea. Política. Ed. Porrúa. Mexico. 1989

8. LAIN ENTRALGO P. Cuerpo y Alma. Espasa Universidad. Madrid. 1991

9. LAIN ENTRALGO P. La relación médico enfermo. Alianza Universidad. Madrid. 1983

10. GRAY BH, COOKE RA, TANNENBAUM AS. Research involving Human Subjects. Science. Vol 201. 1978 pp 1094-1101

11. RIEKEN HW, RAVICH R. Informed Consent to Biomedical Research in Veterans Administration Hospital. JAMA. 248, 1982 344-348

12. MORROW GR. How Readable Are Subject Consent Forms?. JAMA, 244, 1980 56-58

13. BARBOUR GL, BLUMENKRANTZ MJ. Videotape Aids Informed Consent Decision. JAMA. 240, 1978, 2741-2742