

# Consentimiento informado y Bioética

J.F. Mulet

*Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.*

Hace un año se cerraba una etapa de trabajo de un grupo de colegas que coordinados por el Dr. Carlos Martínez-Almoyña Rullán, merece el aplauso y el agradecimiento del resto de los cirujanos pediátricos españoles.

Pasado este año en que en muchos centros se han usado los consentimientos informados (CI) quisiera hacer, con el permiso de los lectores, una reflexión desde la Bioética para hacer hincapié en algo que para algunos es obvio pero que para otros no se tiene en cuenta. Se trata de declarar que los CI no son un arma defensiva para el médico sino **un derecho inalienable del paciente**, aunque a su vez sea una defensa para el médico si realiza los pasos del proceso de informar y firmar la autorización como debiera.

Pero, ¿qué es la Bioética? Según el Dr. Abel, padre y pionero en España de esta disciplina la definimos como “el estudio interdisciplinario (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos, por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito macro y micro social, económico y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro”<sup>(1)</sup>. Más resumidamente citaremos la definición de W. Reich, citado por Abel, “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención a la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y principios morales”.

Hasta hace muy poco –desgraciadamente aún hay quien se rige por él– la relación médico-paciente era el paternalismo. El médico mandaba y el enfermo obedecía, sin rechistar, sin saber qué tenía, qué le harían y cuáles serían los resultados, si formaba parte de un estudio o ensayo o tratamiento experimental, y sin posibilidad de preguntar.

Tras el avance en técnicas, desbordante y, por otro lado, con la aparición y comprobación de estudios experimentales, ensayos clínicos en Estados Unidos en todo comparables a los “experimentos” efectuados bajo el régimen del dictador Adolf Hitler, aparecieron esfuerzos para reunir a los humanistas, científicos y personas que veían el abuso sobre unas gentes –minorías desvalidas– y se llegó a la creación del conocido Kennedy Institute, cuna de la Bioética, como se la entiende hoy.

En un resumen muy breve sobre la historia de la Bioética citemos algunos hitos importantes:

- Abusos ya citados en sifilíticos, embarazadas, etc.
- Años sesenta, Hospital Johns Hopkins y las decisiones en traumatismos encefálicos.
- Seattle: problemas para decidir prioridades en los enfermos necesitados de diálisis.
- Años 1960-1970: se inician las reuniones entre científicos y humanistas. En la década de los setenta se interrelacionan medicina con ética, economía, política y derecho. Se crean los Comités de Bioética asistencial<sup>(2)</sup>.

Mención especial merece Potter que en 1971 publica: *Bioethics bridge of future*<sup>(3)</sup> y acuña el término de Bioética. Junto a él, citar a Hellegers, ginecólogo investigador en fisiología fetal, y que gracias a su esfuerzo se inauguró el Kennedy Institute.

Con la llegada de la Bioética, disciplina calificada como “la más científica de la humanidades o la más humanística de las ciencias”, y a través de los Institutos de Bioética, de los Comités de Investigación y Asistenciales, se llega a la situación actual en la que la actuación médica se rige por los Principios Básicos (*prima facie*) de: **autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**.

Estos principios han de seguir el precepto de que lo que es bueno para mí ha de ser bueno para todos los demás, independientemente de raza, sexo, religión o creencias, lo que se denomina la base de **universalidad**.

**Autonomía.** Del griego *autos* (todos) y *nomos* (regla) que en principio se aplicó a la política y gobierno, referido a las personas habrá que decir: Todo individuo ha de ser considerado como ser con capacidad de decisión y respetado como persona *per se*. Todo aquel individuo que tenga la autonomía disminuida DEBE ser protegido. Una persona autónoma es aquella que tiene capacidad para deliberar sobre sus objetivos personales y obrar bajo la dirección de esta deliberación o reflexión. Si no está correctamente informada (en el caso que nos ocupa será una dolencia) no tiene esta posibilidad de deliberación y no se le respeta el principio básico de autonomía, que le permitirá aceptar o rehusar un tratamiento, exploración o intervención.

La autonomía no justifica que el paciente haga o elija lo que quiera sin otro argumento que su capricho, sino que está sujeto a la legislación y normas del buen hacer.

Autonomía y competencia (capacidad para decidir) son conceptos que no deben tratarse como absolutos, si no que deben puntualizarse en cada caso concreto.

**Beneficencia.** Nos referimos, siguiendo el informe Belmont<sup>(4)</sup>, a la obligación de trabajar para el beneficio del paciente. Cabe decir que el informe Belmont nació en principio para evitar los abusos que hemos citado anteriormente sobre sujetos en quienes se experimentaba o efectuaba algún ensayo clínico o estudio evolutivo. Fueron desgraciadamente famosos y se siguen recordando con horror el estudio evolutivo de la sífilis en una etnia minoritaria y marginada a los que no se aplicaba tratamiento alguno a pesar de que existían, sin que los pacientes supieran nada de su situación. Igualmente podríamos citar los embarazos en mujeres de raza negra o hispana en las que se experimentaron múltiples fármacos. No puede lesionarse un individuo para conseguir supuestos beneficios para otros (clara referencia a la investigación), igual que se debe buscar siempre lo mejor para el paciente y toda actuación va dirigida a este fin. No debe confundirse, aunque pueda interpretarse de la misma manera, con el principio de:

**No maleficencia.** El *primum non nocere* del juramento hipocrático, que nos presenta la necesidad de no hacer jamás daño voluntariamente al paciente. Pienso que este principio “obliga más que el de Beneficencia, es decir, que en el planteamiento de prioridades la No maleficencia está en el escalón superior.

**Justicia.** Significando la necesidad de equidad en la distribución de recursos, atenciones y tratamiento. En nuestro ambiente este principio, y en mi opinión, es la distribución equitativa de recursos- siempre insuficientes- entre la población. A partir de aquí parece razonable que cada persona recibiera según su necesidad, y en nuestro ambiente, con el sistema público de la Seguridad Social, si la desigualdad es inevitable, se protegerá al más débil.

En este ámbito de la justicia recordar aquí que la ley general de sanidad fija la “mayoría de edad Sanitaria” a los 16 años y que se contempla la figura del “menor maduro”, que cara al CI deberá tenerse en cuenta siempre.

El CI ha evolucionado tanto en jurisprudencia como en criterio Bioético en varias etapas: 1ª) consentimiento voluntario; 2ª) CI válido, y 3ª) hoy se habla del CI auténtico basado en los principios ya citados y expresado y reflejado en el documento correspondiente de forma correcta<sup>(5)</sup>.

De lo expuesto (de manera casi telegráfica) se infiere que nuestro deber es dar una información completa, veraz, entendible y adaptada a cada caso, para que de esta manera el paciente –o su representante legal en caso de discapacidad por edad o estado mental– pueda decidir libre y voluntariamente, su aceptación o renuncia a un tratamiento.

Sólo entonces cumplimos plenamente con la ética, no lo hacemos cuando efectuamos la firma de los CI para cubrirnos las espaldas ante eventuales quejas o denuncias.

Sólo con una aplicación de los principios bioéticos estamos en el camino del buen hacer a la vez que cubiertos legalmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abel Fabrè F. *Códigos deontológico y normativas Eticojurídicas recientes*. Labor Hospitalaria 1986;18:202.
2. Abel Fabrè F. *Comités de Bioética: Necesidades estructura y funcionamiento*. “Folia Humanística”. 1993;31:389-418.
3. Potter VR. “Bioethics the Bridge of the future”. New Jersey. Prentice Hall, 1971.
4. Informe Belmont. The National Commission for the Protection of Human Subjects of biomedical and behavioural research. Biblioteca del Instituto Borja de Bioética. Barcelona y <http://www.bioeticaweb.com/content/view/1060/40/>.
5. Fundación Al Andalus. Curso de C.I. en la práctica médica y tratamiento vital. M Palomares, J. Lopez. Editorial Comares, 2002.