

El consentimiento informado en el área clínica: ¿qué es?

Eliana Maribel Quintero Roa, MD*

Resumen

El consentimiento informado ha llegado a la medicina desde la ética con un importante soporte en el derecho. Es un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis* y por lo tanto, es un acto clínico cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. Es no solo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico. El presente artículo hace una aproximación a la teoría actual del consentimiento informado y desglosa sus elementos constitutivos: voluntariedad, información en cantidad y con calidad suficiente y competencia. Realiza un análisis de cada uno de estos así como de sus definiciones, alcances y conflictos. Finalmente se recoge una presentación acerca de quiénes son incompetentes y se realiza una reseña a la luz de la jurisprudencia colombiana de los casos que atañen con menores. [Quintero E. *El consentimiento informado en el área clínica: ¿qué es?* MedUNAB 2009; 12:27-32].

Palabras clave: Consentimiento informado, Teoría, Competencia, Lex artis, Incompetencia, Niños.

Introducción

El término consentimiento informado fue introducido como tal en la jurisprudencia norteamericana a raíz de la sentencia emitida en 1957 del caso *Salgo Vs. Leland Stanfor*;¹ fue definido por el Comité de Ética del Colegio Médico Americano como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación. La presentación de

Summary

The informed consent has been coming from the ethics to the medicine based on the law. It's a presupposed and important element of the *lex artis*, and it's a clinical act that went it hasn't been completed can generate responsibility. It's not only a patient's fundamental right, it's also an ethical and legal imperative to the health professional. This review presents the actual theory of informed consent and his constitutive elements: self-determination, information in quality and quantity sufficient and competence. Finally defines who's an incompetent patient and show the Colombian law about the informed consent in cases of children. [Quintero E. *Informed consent in clinical area: ¿what is it?* MedUNAB 2009; 12:27-32].

Key words: Informed consent, Parental consent, Child, Personal autonomy, Mental Competency.

la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente”.^{2,3} La ruptura que se genera entre la antigua manera de desarrollar la relación médico-paciente y esta nueva concepción, implica para los clínicos aceptar que el paciente no es un minusválido moral, que ya no se trata de imponer el bien del enfermo al mismo enfermo, con su aceptación más o menos presupuesta, sino de descubrir cuáles son sus expectativas y sus preferencias y de adaptarnos a ellas con lealtad, poniendo a su disposición nuestros conocimientos y nuestras posibilidades.⁴

* Profesora Asociada, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia; estudiante, Programa de Maestría en Bioética, Convenio OPS-OMS y Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Correspondencia: Dra. Quintero, Facultad de Ciencias de la Salud, Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: equintero@unab.edu.co.

Artículo recibido: 30 de noviembre de 2008; aceptado: 24 de febrero de 2009.

No podemos hablar del consentimiento informado sin antes detenernos en el concepto de autonomía,⁵ porque como lo menciona el profesor Pablo Simón, aunque no es necesariamente en este el único principio bioético sobre el cual se basa el consentimiento informado, si es tal vez el más sólido pilar que lo sostiene. La aparición del concepto socio-político, legal y moral de autonomía ha influido de manera profunda en la ética médica.⁶ La autonomía, según su etimología griega, significa facultad para gobernarse a sí mismo, o como lo define Pellegrino “es una capacidad que emana de la cualidad de los seres humanos de pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno”,⁶ lo cual aplicado a la medicina, implica que los pacientes en pleno uso de sus facultades tienen derecho moral y legal de tomar sus propias decisiones y estas tienen prioridad sobre las del médico o la familia. En Colombia, la Corte Constitucional en su sentencia T-401/94 establece que “toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta de Derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional”.⁷ El consentimiento informado es una cultura y una culminación en el desarrollo de la relación clínica, de la misma manera que los derechos humanos lo son de las relaciones humanas en general. Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y, por lo tanto, debe poder intervenir activamente en las decisiones clínicas que le atañen; esto conlleva poder aceptar o denegar lo que se le propone después de tener una información suficiente para ello.⁴

Elementos del consentimiento informado

Llegados a este punto, debemos hacer una valoración a profundidad de cuáles son los elementos fundamentales que exige la teoría actual del consentimiento informado.

Voluntariedad. En el contexto de la medicina, es un acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. Es tan importante la voluntariedad en el consentimiento informado, que se considera que el consentimiento que es emitido por un paciente que no actúa de forma voluntaria no es aceptable desde el punto de vista ético ni mucho menos legal.⁸ Aunque parezca obvio lo anteriormente anotado, cada situación particular durante el desarrollo de la relación médico-paciente puede verse viciada por algunas limitantes a la voluntariedad. Según la *President's Commission*⁹ la limitación de la libertad en un paciente, puede generarse desde tres acciones diferentes:⁸

a) Persuasión. En este caso el paciente se somete a un tipo de tratamiento sin darle la opción de una segunda elección,

es decir, se le indica al paciente de manera unívoca cuál será el plan de manejo a seguir. Aunque puede ser éticamente aceptable (en algunos casos) siempre que no vaya más allá de un límite razonable, no debe ser usada como una práctica habitual en el desempeño clínico común.

b) Coacción. Se presenta cuando el paciente se ve obligado a tomar una decisión sanitaria bajo la amenaza explícita o implícita de consecuencias no deseadas y evitables, en caso de no acceder a los requerimientos de un familiar o de uno de los miembros del equipo de salud (médico, enfermera, terapeutas, etc.). Por ejemplo dar el alta en caso de no aceptar el tratamiento propuesto.

c) Manipulación. Se presenta cuando una persona influencia a otra para tomar una decisión basada en la presentación sesgada y fraudulenta de la información creando expectativas falsas. No es difícil incurrir en esta falta dada la posición de relativa superioridad que le da al médico la posesión del conocimiento. Cuando esta acción se ejecuta de manera deliberada anula toda posibilidad de voluntariedad.

Información en cantidad suficiente. Se trata el presente apartado de uno de los más conflictivos parámetros del consentimiento informado: ¿qué tanto se debe decir? Responder a esta pregunta ha generado, desde los tiempos de Hipócrates, múltiples cuestionamientos en el médico que día a día se enfrenta con el hecho de dar conceptos y diagnósticos que desafortunadamente no son siempre promisorios. Solo la reflexión del clínico basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto de su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio clínico.¹⁰ La información que debe darse a un paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado¹¹ dándole al enfermo la opción de “escoger” de alguna manera el ritmo y límite de su conocimiento. Esto lógicamente deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente y a la oportunidad temporal de que se disponga para lograr establecer una adecuada relación médico-paciente. En algunos casos en los que lo crónico de la patología lo permita, a veces más vale pecar de lentitud en el proceso informativo que de precipitación, la cantidad de información ofrecida debe responder a los intereses y estado emocional particular del paciente, considerando qué y hasta dónde éste desea saber en cada momento.¹⁰ La mentira es un camino precipitado e irreversible y, por lo tanto, grave;¹¹ hace prisionero al paciente del abuso de confianza (cuando cree en su médico) o lo confina al aislamiento para continuar sus investigaciones por aparte (cuando duda de su médico).

En nuestra cultura latina, el peso que tiene el grupo familiar en las decisiones del individuo es muy importante.¹² Esto genera que a veces la familia aplique un paternalismo puro y duro con el paciente cuando exige del médico tratante que limite la información que se le administrará a su familiar. A

veces, cuando esta actitud del grupo familiar se presenta de manera mal enfocada por ellos o mal manejada por el equipo sanitario tratante, puede retardar o, peor aún, malograr la relación del médico con el paciente. La mayoría de las veces esta barrera puede vencerse en la medida que se desarrolle el proceso de conocimiento mutuo y confianza entre el enfermo, su familia y el equipo sanitario tratante. Se recomienda actuar con tacto, preguntar al paciente qué tanto desea saber de su patología, y si desea que alguien más de su familia esté presente, y hacer del proceso de consejería una actividad durante todo el tiempo de manejo de su enfermedad. Una buena estrategia que permite en estos casos preservar la autonomía del paciente, es basar la relación clínica en que se hará todo lo posible para ofrecerle las mejores condiciones éticamente correctas al enfermo, sin importar cuán desfavorable sea el pronóstico.¹⁰

En cuanto a la obtención del consentimiento informado, debe partirse en muchos casos de la base de que el conocimiento del paciente es nulo, en otros es escaso y en algunos otros tergiversado; de ahí que el médico no debe esperar a ser interrogado por el paciente sino que la información debe fluir de él.¹³ Aunque es cierto que muchos pacientes se conforman con poca información y son pasivos en el proceso de toma de decisiones, el profesional no debe presuponer con ello que si un paciente no demanda información es porque no la desea.¹⁴ Esta actitud varía usualmente dependiendo de la edad y el estatus socio-económico o cultural del paciente. Las nuevas generaciones no quieren ni el puro paternalismo de antaño, ni la información fría y descarnada que puede adquirirse a través de las páginas virtuales especializadas en salud a las que pueden acceder a través de la Internet; quieren más bien compañeros de viaje, consejeros que les ayuden a interpretar sus propios deseos, necesidades y valores, que les ayuden a decidir libre e informadamente.¹⁴

Es posible que el papel clave del profesional sanitario del futuro no sea solo el de procurar información científica; tal vez la función del médico en un futuro muy cercano, sea dar consejo y apoyo en el proceso de toma de decisiones clínicas basado en la propiedad que le da la sumatoria del conocimiento de la evidencia científica y su propia experiencia clínica.¹⁴ Una buena recomendación la realiza Ana María De Brigard cuando menciona: “El contenido de la información que está obligado a entregar el médico a su paciente, debe ser algo más que la fría transmisión de datos estadísticos. Se pretende un ejercicio humanizado de las ciencias de la salud y no un proceso alarmante sin justificación alguna. Tampoco se deben minimizar los riesgos previsibles generando la falsa y peligrosa percepción de que existen procedimientos inocuos, ni maximizarlos hasta el punto que sea imposible lograr que un paciente ingrese en forma voluntaria a un quirófano o sala de procedimientos.”¹⁵

Para que el consentimiento sea válido según la legislación española vigente, debe precederse de un proceso de

evaluación fundamentado en una información razonable que permita al individuo comprender su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, cómo va a efectuarse, cuál será la duración del mismo y los riesgos inherentes a este.¹⁶

Dado que en muchos casos se ha planteado la necesidad jurídica de establecer en casos concretos “cuánto se debe extender la información dada para ser considerada suficiente” en un consentimiento informado, principalmente en lo que respecta a los posibles riesgos, molestias y efectos secundarios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la doctrina penal considera en general que el grado de precisión con el que debe ser informado el paciente, ha de estar en relación inversa a la urgencia con la que la intervención ha sido médicamente indicada.¹ Otra forma descrita para intentar cuantificar desde el punto de vista jurídico este parámetro, la ha propuesto la jurisprudencia estadounidense, al plantear las siguientes tres posibles opciones de medición:^{8,13}

a) *Criterio del médico razonable.* “La cantidad de información que debe recibir un paciente viene marcada por la que un médico razonable revelaría en las mismas circunstancias. Un médico razonable es el que actúa en consonancia con la práctica habitual de la comunidad científica a la que pertenece”. Este criterio ha sido criticado ampliamente desde el punto de vista bioético, por su marcado tinte paternalista y porque aunque una acción sea aceptada por la comunidad académica, esto no quiere decir que dicha acción sea ética o legalmente aceptable.

b) *Criterio de la persona razonable.* “Si la persona apropiada para aceptar o rechazar un determinado procedimiento es el propio paciente, entonces la información que el médico tendrá que revelarle está determinada por lo que una hipotética persona razonable desearía conocer en las mismas circunstancias en que se encuentra el paciente. Una persona razonable desearía conocer los riesgos materiales o graves aunque sean poco frecuentes o si son frecuentes aunque no sean graves, es decir a mayor gravedad del riesgo mayor es la obligación de comunicarlo al paciente”. Este criterio, aunque no soluciona todas las dudas, es más respetuoso de la autonomía del paciente.

c) *Criterio subjetivo.* Se aplica específicamente en casos judicializados, e implica que es el juez quien pregunta al paciente demandante qué riesgos y complicaciones desearía haber conocido. Este criterio ha sido mayoritariamente rechazado pues coloca al médico en una situación de desprotección jurídica evidente y obliga a los médicos a elaborar listas interminables de riesgos antes de obtener el consentimiento con el fin de protegerse.

Información con calidad suficiente. Respecto al presente ítem, se considera que existen al menos dos aspectos diferentes a considerar que pueden alterar la calidad de la información. La primera dificultad es de carácter objetivo y se origina en el médico por el uso de tecnicismos. La

segunda dificultad es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. Qué tanto se altera la calidad de la información, está dado por las mayores o menores capacidades del paciente para comprender lo que se le está diciendo.⁸ La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.¹⁷

Para alcanzar un nivel aceptable de calidad en la información es importante recalcar que se debe disponer de un lugar físico privado y tranquilo donde el paciente pueda procesar la información ya sea solo o en conjunto con su familia.¹⁰ El consentimiento debe prestarse antes del acto médico que se pretende llevar a cabo (difícilmente se puede exigir un consentimiento informado a una persona que está bajo los efectos de la anestesia, ya recostada en la mesa de cirugía)¹⁸ y ha de subsistir a lo largo de toda la relación médico-paciente,¹ asumiendo un tiempo comunicacional e informativo específico. Deberá ser renovado en caso de que se presenten modificaciones significativas respecto del momento y las circunstancias en que fue obtenido inicialmente y podrá ser revocado por el paciente en el momento que éste así lo considere pertinente siempre y cuando esté en capacidad de ejercer su autonomía.

Se recomienda que la información suministrada sea segura, contrastada y contrastable, adecuada a las características del paciente y razonablemente comprendida por un ciudadano medio no sanitario.¹⁹ En los casos en los cuales el consentimiento informado se realiza por escrito se recomienda que cada consentimiento sea específico para cada procedimiento diagnóstico y terapéutico, legible y entregado con tiempo suficiente para que el paciente y su familia puedan leerlo, comprenderlo y solicitar las explicaciones pertinentes a las frases que no comprendan, de manera tal que la firma del consentimiento se convierta en un mero trámite burocrático ya que lo jurídicamente decisivo no es el papel firmado sino demostrar que el proceso de información se llevó a cabo de manera adecuada.²⁰

Competencia. Según la teoría del consentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto, o sea de otorgar o no el consentimiento.⁸ La competencia se define como “la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”.^{8,18}

Mientras específicamente no se demuestre lo contrario, todo paciente es competente.²⁰ La determinación de la competencia no es una tarea sencilla y cuando se presentan problemas usualmente legales que implican demostrar que un individuo no es competente, a la luz de la jurisprudencia española (tal vez la única ley de autonomía del paciente

promulgada en habla hispana hasta este momento) es el médico tratante el responsable de evaluar y dictaminar la capacidad del paciente para tomar decisiones.²¹ Sin embargo, es importante anotar la importancia que tiene en esta evaluación la participación de todo el equipo sanitario que atiende el paciente, máxime si lo consideramos el resultado de un juicio deliberativo y prudencial. De cualquier manera no está de más en los casos que el tratante así lo considere prudente solicitar la ayuda de otros expertos como los psiquiatras o psicólogos clínicos.

Es importante aclarar que la capacidad que puede evaluar un profesional de la salud es la capacidad de obrar natural o de hecho en el sentido literario bioético de la competencia, que sería la que reconoce a las personas, en un momento determinado, suficiente inteligencia y voluntad para realizar un acto concreto, o ejercitar un determinado derecho, no la capacidad de obrar legal de un paciente,²² la cual es determinada únicamente por los jueces. La evaluación de la capacidad de una persona debe incluir al menos dos aspectos significativos y complementarios entre sí: uno cognitivo (entendimiento) y otro volitivo-afectivo (voluntad). Respecto de las valoraciones de competencia, es importante aclarar que la incompetencia no puede suponerse *a priori* por pertenecer el paciente a un determinado grupo o tipo de enfermos como toxicómanos, enfermos mentales o terminales,²³ la evaluación de la competencia debe hacerse siempre en relación a una tarea concreta pues un paciente puede ser capaz para tomar algunas decisiones e incapaz para tomar otras. La evaluación de la capacidad debe ser un proceso continuo en el tiempo, integrado en el seguimiento clínico del paciente. Se recomienda cuando debe enfrentarse una duda respecto de la competencia de un paciente, aplicar la “teoría de la escala móvil de capacidad”, que relaciona los niveles de capacidad con las situaciones clínicas; es decir, cuanto más claros sean los beneficios potencialmente derivados de un tratamiento, mayor será la competencia que hay que exigir al paciente para aceptar su rechazo, cuanto más dudosos o pobres sean los beneficios a obtener, menor será el nivel de exigencia para aceptar su rechazo.²³

Existen casos especiales de pacientes con discapacidad mental, en quienes es difícil determinar cuál es su nivel de competencia. Una buena alternativa de manejo para estos casos es acudir a la ayuda que puedan dar otros profesionales que tengan experiencia en manejar pacientes con discapacidad mental como son profesores de niños especiales, psicólogos, enfermeras y otros médicos especializados en el manejo de este caso de enfermedades. Se recomienda que estas valoraciones sean realizadas a través de varias entrevistas realizadas en diferentes momentos y evitando en la medida de lo posible factores estresantes que puedan alterar al paciente.²⁴

La *President's Commission*⁹ recomienda aparte de lo anteriormente citado considerar tres elementos importantes a la hora de dictaminar la competencia de una persona:

- a) La posesión del paciente de una escala de valores en que fundamentar sus decisiones.
- b) La capacidad para comprender y comunicar información.
- c) La capacidad para razonar y discutir acerca de las propias opciones.

En la actualidad, en los casos en los cuales los jueces solicitan un peritaje para establecer niveles de capacidad a los forenses o psiquiatras, éstos usualmente basan sus evaluaciones en una combinación de herramientas (*test* y escalas) con evaluaciones clínicas subjetivas mediante exploración y entrevista, donde juegan un papel muy importante el sentido común y la experiencia profesional.¹⁴ La literatura anglosajona ha desarrollado algunas herramientas para establecer de manera más objetiva este parámetro básico del consentimiento informado, de las cuales al parecer una de las de mayor importancia es la *Mac Arthur Competence Assessment Tool*.²⁵ El grueso de la literatura publicada respecto de la evaluación de la competencia de un paciente recomienda realizar esfuerzos mancomunados de todo el equipo de salud que atiende al paciente, para que se racionalice la evaluación de la capacidad con el objetivo de aumentar su precisión.²³

La validación de la competencia exige la presencia permanente de otros dos requisitos que se mencionan y definen a continuación:⁸

- a) *Validez*. Íntimamente relacionada con la intencionalidad de las acciones, que a su vez está condicionada por el estado anímico del paciente: ejemplo, tomar decisiones en estados intensos de ira o depresión.
- b) *Autenticidad*. Relacionada con las escalas de valores del individuo. Implica que una decisión aunque tomada voluntaria, informada y competentemente pero en contra de la escala de valores que esta persona ha defendido a lo largo de su vida puede en realidad no ser auténtica.

¿Quiénes se consideran incompetentes?

En general, se considera incompetentes a aquellas personas que no tienen la capacidad de entender la información que se les suministra porque se encuentran en un estado físico o psíquico (estado de inconsciencia) que no le permite hacerse cargo de la situación (estado definido por el médico tratante); a los incapacitados judiciales, y a los menores inmaduros.²³

Es conveniente advertir que en estos casos el profesional no está eximido de la elaboración del consentimiento informado, solo se cambian los destinatarios de este. En estos casos se dirigirá hacia los familiares o representantes legales. Uno de los primeros criterios a tener en cuenta en la toma de decisiones en casos de pacientes incompetentes es la consideración del mejor interés del paciente, ya que en muchos casos se privilegian las necesidades de la familia, los argumentos médicos e inclusive, a veces, razones de índole económica.²³

Anotación especial respecto de los menores

Respecto de los menores es importante realizar algunas aclaraciones. Se considera que si el menor tiene características propias de madurez suficientemente tal que su capacidad de juicio y entendimiento le permita conocer el alcance del acto médico deben ser ellos mismos quienes lo autoricen.^{1, 26} Al respecto, la tendencia de la literatura mundial se inclina a recomendar que se particularicen los casos, pues solo el criterio de la edad cronológica no es base suficiente para determinar la competencia de un individuo. Sin embargo, se recomienda que los menores entre los 16 y 18 años puedan optar por la titularidad de sus derechos siempre y cuando tengan la madurez suficiente.²⁷

A la luz de la legislación colombiana,²⁷ los menores se categorizan en: infantes o niños (0-7 años), impúberes (varones entre los 7 y 14 años y mujeres entre los 7 y 12 años) y menores adultos (varones entre los 14 y 18 años y mujeres entre los 12 y 18 años). Los menores adultos tienen derecho a exigir de terceros que acaten y respeten sus decisiones, siempre que con ellas no atenten contra su integridad física y moral, contra la de terceros o contra la de la comunidad en general, tendrán derecho, no a decidir por sí solos, sino a participar en las decisiones que tengan que ver con su salud y con los tratamientos médicos que se le recomiendan, expresando libremente su opinión, dado que es un asunto que lo afecta directamente, opinión que deberá ser tenida en cuenta y valorada de manera tal que se le garantice la coexistencia y realización plena de sus derechos fundamentales.

En caso de presentarse una discrepancia entre la voluntad del menor adulto y los padres o representantes legales respecto de cuestiones asociadas con el manejo de su salud, prevalecerán aquellas que en mayor medida garanticen la protección a su derecho fundamental a la vida. En los casos de niños e impúberes, serán los padres o representantes legales quienes otorguen el respectivo consentimiento informado y este será válido siempre y cuando se actúe en beneficio del menor. El problema surge cuando la decisión de los padres parece no defender los mejores intereses del niño, en estos casos “los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás, la razón esencial de tal prevalencia, no es otra que la situación de indefensión en que se encuentra colocado el infante frente al resto del conglomerado social y por ende, la mayor protección que a él deben brindarle tanto el Estado como la sociedad.”²⁸ El asumir la decisión por la falta de autonomía del menor, no implica el derecho a tomar cualquier decisión, sino la responsabilidad de defender los mejores intereses del menor.²⁹ Cuando esta situación se presenta, aparece en el horizonte del médico el principio de la beneficencia.³⁰ En virtud de este principio estamos obligados a proporcionar y ofrecer a los pacientes lo mejor para ellos y a prevenirlos o protegerlos del daño.

Conclusión

La presente aproximación a la teoría actual del consentimiento informado ha pretendido acercar al lector a una temática que si bien es cierto aceptamos es de uso cotidiano en nuestra práctica clínica, genera grandes incertidumbres cuando nos enfrentamos con su aplicación. La gran importancia que tiene el dominio de estos conceptos, se ve reflejada cuando revisamos los reportes que muestran que el desconocimiento generalizado de esta actividad, es una de las principales causas de litigios médico-legales.³¹ Es nuestro deber como clínicos avanzar a la par de la evolución humanística de la sociedad para retomar el concepto de calidad en la atención del enfermo, calidad entendida como una cualidad que acompaña solo a aquellos que desean mejorar y progresar en su vocación de servicio. La propuesta es abandonar nuestros caparzones protectores paternalistas y autoritarios, basados en una mal entendida y trasnochada beneficencia y aceptar como lo menciona Diego Gracia³² que “la relación médica más simple, aquella que se establece entre un médico y un enfermo, se ha convertido en autónoma, plural, secularizada y conflictiva”.

Referencias

- Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees, 154 Cal. App.2d 560 [Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957.] Disponible en : <http://www.stanford.edu/group/psylawseminar/Salgo.htm>
- Galán JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev Med Uruguay* 1999; 15:5-12.
- Ad hoc Committee on Medical Ethics American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. *Ann Intern Med* 1984; 101:129-37, 263-74.
- Broggi MA. Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. *Med Clin (Barc)* 1999; 112:95-6.
- Gracia D. Fundamentos y enseñanza de la Bioética. Editorial El Buho, 1998.
- Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108:379-90.
- República de Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T_401 de 1994.
- Lorda S, Concheiro P, Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1993; 100:659-63.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making health care decisions. Washington DC: Government Printing Office, 1982.
- Bascuñán L. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile* 2005; 133:693-8.
- Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:218-20.
- Del Carmen MG, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: a review. *Oncologist* 2005; 10:636-41.
- Vázquez RA. El consentimiento informado en la práctica médica. *Jurisprudencia argentina. Seminario* 2001, 22 Ago:2. Disponible en: <http://www.sideme.org/doctrina/articulos/ci-ravf.pdf>
- Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29(Supl 3):29-40.
- De Brigard AM. Consentimiento informado del paciente. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004; 19:277-80.
- Monterroso E. Diligencia médica y responsabilidad civil. Disponible en: http://asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Diligencia_medica_y_R_civil.PDF.
- Rodríguez H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Uruguay* 2001; 17:17-23.
- República de Colombia, Consejo de Estado. Sentencia 7795, 9 de Julio de 1993.
- Solano D. Consentimiento informado: concepto, requisitos, excepciones, evolución y modificaciones asistenciales que conlleva. *Gac Med Bilbao* 2000; 97:23-5.
- Simón P, Barrio I, Concheiro L. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1997; 107:524-9.
- República Española. Ley 41 de 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Simón P, Rodríguez JJ, Martínez A, López R, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:419-26.
- Drane JF. The many faces of competence. *Hastings Cent Rep* 1985; 4:17-21.
- ACOG Committee Opinion. Sterilization of women, including those with mental disabilities. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 371:1-4.
- Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1323-34.
- Ogando B, García C. Consentimiento informado y capacidad para decidir del niño maduro. *Pediatr Integral* 2007; 11:877-83.
- República de Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-474 de 1996.
- República de Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-411 de 1994.
- Comité de los derechos del niño. Observación General No 5 (2003). Artículo 3, Párrafo 1.
- Sánchez TF. Temas de ética medica. Bogotá: Giro; 1995:45-87.
- López MA, Manrique I, García C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004; 19:37-43.
- Gracia D. La bioética médica. Ensayo introductorio al libro Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.