

Platón y el consentimiento informado contemporáneo

LILIAN CHUAIRE, M.Sc.¹, MAGDA CAROLINA SÁNCHEZ, M.Sc.²

RESUMEN

El consentimiento informado es un concepto ético consustancial a la práctica y la investigación médica contemporáneas. En reconocimiento de su importancia, se examina la influencia de las ideas de Platón, tanto sobre su planteamiento como sobre sus alcances, en especial en lo que se refiere a la asociación entre el carácter del hombre libre y su derecho a tomar decisiones acerca de su salud.

Palabras clave: Consentimiento informado; Bioética; Historia de la medicina.

Plato and the contemporary informed consent

SUMMARY

Informed consent is an ethical concept inherent to contemporary medical practice and research. In recognition of its importance, some Plato's ideas are examined, on the basis of the influence upon its definition and reaches, especially what refers to the connection between the quality of a free person and his right to make decisions about his health.

Keywords: Informed consent; Bioethics; History of medicine.

En el contexto actual de la ética en la práctica y la investigación clínica, sería impensable que el profesional de la salud efectuara procedimientos clínicos o diagnósticos o ensayos clínicos, sin antes haber obtenido el consentimiento informado por parte de su paciente o sujeto de investigación. ¿La razón? El consentimiento constituye evidencia de la autonomía o autodeterminación del ser humano. El paciente o el sujeto de investigación forma parte de una relación de dependencia que, en forma apropiada, se ha llamado «fiduciaria», pues deposita en su contraparte -llámese médico, enfermera o investigador- buena fe y confianza, así como seguridad y candor¹. Por tanto, con su consentimiento, el paciente o el sujeto de investigación no sólo afirma su carácter de persona libre, sino también expresa que comprende a cabalidad su estado real y sus posibilidades, y que puede escoger de manera autónoma la que a su parecer es la mejor alternativa terapéutica, incluyendo la opción de «no tratamiento».

Así, el principio fundamental del consentimiento informado es el derecho inalienable del ser humano a la

libertad. No es una noción que se derive de las deliberaciones de los comités de ética institucionales ni de los juramentos tradicionales de los profesionales de la salud. Si bien Hipócrates invocaba la necesidad de buscar la cooperación del paciente, no creía necesario comunicar los pormenores del diagnóstico, pronóstico o de las opciones terapéuticas disponibles. No es claro si para él esa cooperación implicaba un sometimiento total del paciente a su decisión o, si su deseo era mantenerlo tan poco informado como le fuese posible².

Aunque el auge del debate sobre el consentimiento informado tuvo lugar en los círculos médicos y en las cortes judiciales, sólo con posterioridad a la segunda guerra mundial, en la antigua Grecia y en el imperio bizantino surgieron sus esbozos, en especial en lo que se refiere al concepto de relación entre el status de libertad y el derecho del hombre a tomar decisiones sobre su cuerpo, como lo evidencian los textos de la época. «Las Leyes», obra concebida por el filósofo ateniense Platón (427 AC-347 AC) en la plenitud de su madurez, ilustra

1. Profesora Principal, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia. e-mail: lchuaire@urosario.edu.co

2. Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia. e-mail: mcsanche@urosario.edu.co

Recibido para publicación junio 27, 2006 Aceptado para publicación julio 4, 2007

cómo en Grecia antigua, además de médicos verdaderos nacidos libres, había asistentes de doctores, que podían haber nacido en estado de libertad, o bien, de esclavitud. Mientras los primeros aprendían el arte médico a través de la observación directa de la naturaleza, los últimos eran enseñados por maestros y, a su vez, enseñaban a niños y a aprendices. La discriminación se aplicaba en forma radical: los hombres libres sólo podían ser atendidos por médicos o asistentes libres y los esclavos por asistentes también esclavos. Mientras los pacientes esclavos no tenían derecho a recibir ningún tipo de información acerca de su condición ni podían «negociar» las diversas opciones terapéuticas con su médico, a los pacientes libres se les informaba con suficiencia sobre la naturaleza de su enfermedad y gozaban además de la prerrogativa de aceptar o no aceptar el tratamiento propuesto por su médico. En la Grecia de Platón aún no se avizoraba el reconocimiento del derecho a la libertad inherente a todos los seres humanos. Sin embargo sí se establecía una clara distinción entre los derechos de los hombres libres y los de los que se encontraban en estado de esclavitud. Los griegos estaban pues convencidos que uno de los derechos de los hombres libres era la autodeterminación, lo que les permitiría escoger y autorizar voluntariamente la ejecución de la terapia planteada por su médico tratante^{3,4}.

Mención especial requiere el diálogo entre Gorgias y Sócrates, contenido en la obra platónica «Gorgias», acerca de la capacidad de persuasión que un orador o «rhetor» entrenado en el arte de la retórica podía utilizar, con el fin de obtener el consentimiento por parte del paciente:

«...Sócrates.- Veamos. Puesto que dices que conoces el arte de la retórica y que podrías hacer oradores a otros, dime de qué se ocupa la retórica. Por ejemplo, el arte de tejer se ocupa de la fabricación de los vestidos; ¿no es así?

Gorgias.- Sí.

Sócrates.- ¿Y la música de la composición de melodías?

Gorgias.- Sí.

Sócrates.- Por Hera, Gorgias, que me admiran tus respuestas, pues contestas con increíble brevedad.

Gorgias.- Creo, en efecto, Sócrates, que lo hago muy acertadamente.

Sócrates.- Tienes razón. Veamos; contéstame también así respecto a la retórica; ¿cuál es el objeto de su conocimiento?

Gorgias.- Los discursos.

Sócrates.- ¿Qué discursos, Gorgias? ¿Acaso los que indican a los enfermos con qué régimen podrían sanar?

Gorgias.- No.

Sócrates.- Entonces la retórica no se refiere a todos los discursos.

Gorgias.- Desde luego que no.

Sócrates.- Pero sin embargo, capacita a los hombres para hablar.

Gorgias.- Sí.

Sócrates.- ¿Les capacita también para pensar sobre las cuestiones de las que hablan?

Gorgias.- Pues ¿cómo no?

Sócrates.- ¿No es verdad que la medicina que acabamos de nombrar, hace a los hombres capaces de pensar y hablar sobre la curación de los enfermos?

Gorgias.- Necesariamente.

Sócrates.- Luego también la medicina, según parece, se ocupa de los discursos.

Gorgias.- Sí.

Sócrates.- Por lo menos de los que se refieren a las enfermedades.

Gorgias.- Exactamente...»⁵

Es obvio que Platón pensaba que una persona entrenada en el método de obtener el consentimiento tenía mejores probabilidades de éxito que una que no lo estuviera. No obstante, creía que en la interacción con el paciente, el papel del médico debía estar de preferencia encaminado a ayudarlo a descubrir, no a enseñarle, lo que en esencia era bueno para él, pues nadie mejor que el propio paciente para tener el «conocimiento de lo bueno», en cuanto a la opción terapéutica que más le convenía⁶.

Por otra parte, la visión que el filósofo tenía de la relación con el paciente era un tanto paternalista, pues aducía que, si bien el médico no debía obligarlo a tomar una decisión contraria a su voluntad, tal conducta no podía tampoco ser calificada como poco científica o ilícita⁴.

La influencia de las ideas de Platón acerca del papel desempeñado por paciente y médico en el marco de su interacción, verbigracia autodeterminación y autonomía por parte del primero y respeto y suficiente información por parte del segundo, es de tal magnitud que trascendió a través de más de 2,400 años de historia. Así, es posible hallarla en los albores del siglo XX, cuando la doctrina del consentimiento informado recobró inusitada vigencia, suceso en el que tres decisiones judiciales relacionadas con casos de agravio, todos ocurridos en los Estados Unidos de América, jugaron un relevante papel. En el primero de

ellos, *Mohr vs. Williams* (1905)^{1,7}, el tribunal falló en favor de Anna Mohr, quien luego de autorizar la intervención quirúrgica en su oreja derecha, fue operada en la izquierda, sin importar que, en el curso de la operación el médico tratante hubiera determinado que la oreja izquierda se debía intervenir primero. La señora Mohr tuvo pérdida de su capacidad auditiva, lo que hizo que el tribunal no sólo condenara al doctor Williams por agresión, sino que además sentenciara que ningún médico podía violar la integridad corporal del paciente sin mediar su consentimiento, en virtud de que el principal y máximo derecho de todo individuo era el derecho sobre sí mismo.

En el segundo caso, *Pratt vs Davis* (1906)¹, el juez rechazó la pretensión del médico en el sentido que su paciente la señora Pratt, una vez bajo su cuidado, estaba tácitamente obligada a aceptar el procedimiento que él determinó aplicar, vale decir la extirpación del útero, aunque no existía autorización expresa ni conocimiento por parte de la paciente. El doctor Davis fue condenado por agresión⁸.

En el caso *Schloendorff vs. Society of New York Hospitals* (1914)^{1,8}, el juez falló en favor de una paciente que, aunque había autorizado una laparotomía exploratoria bajo anestesia y explícitamente rechazado la extirpación del tumor fibroso que tenía en el abdomen, fue operada sin su consentimiento por el médico tratante. En esta sentencia también quedaron plasmadas con claridad las ideas de Platón sobre el principio de autonomía, como justificación del consentimiento informado: «Todo ser humano en edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se debe hacer con su cuerpo. El cirujano que realice una operación sin el consentimiento del enfermo, comete una agresión por cuyos daños es responsable». Es este uno de los principios rectores del consentimiento informado que se cita con mayor frecuencia en la actualidad.

En ninguno de los tres casos se puso en entredicho la idoneidad del profesional tratante. No se alegó mala práctica o negligencia. El punto importante fue la ausencia de consentimiento «bruto», sin que en ningún momento se haya tenido en cuenta el beneficio que se obtuvo a partir del procedimiento no consentido.

Las tres decisiones judiciales resumidas constituyeron un hito en el campo de la ética en la investigación y la práctica clínica y, junto con las ideas platónicas, sembraron la semilla de lo que en la actualidad es un procedimiento, que no por rutinario, deja de ser objeto de escrutinio y de mejoría, siempre en favor de los pacientes o de los sujetos de investigación.

El consentimiento informado evita que los avances médicos requieran el sacrificio de la salud y de los derechos de personas o de poblaciones vulnerables, en situación de desventaja cultural o socioeconómica, condiciones que les impedirían comprender los riesgos potenciales y los beneficios de participar en un ensayo clínico, o ser objeto de un manejo terapéutico distinto. Al respecto vale la pena anotar que hay diferencia entre el consentimiento que se utiliza en la práctica clínica y el que se aplica en la investigación. Si bien tanto el médico como el investigador tienen deberes y responsabilidades hacia el paciente o el sujeto de investigación, es importante que cuando se trata de un ensayo clínico exista una divulgación suficiente, en el sentido de que la relación establecida no es sólo de índole terapéutica, sino también orientada a aumentar el conocimiento médico¹.

El consentimiento informado contemporáneo corresponde, en acuerdo con los hechos históricos enunciados, al producto de siglos de evolución del pensamiento, enriquecido con conceptos filosóficos y éticos que convergieron para darle cuerpo y validez.

¿Cuáles son, en este orden de ideas, los elementos que dan valor al consentimiento informado del paciente o del sujeto de investigación?

1. Aceptación voluntaria del tratamiento o conducta propuestos, sin que medie ningún tipo de coacción, persuasión o inducción⁹ ejercidas por personas o por instituciones¹.
2. Capacidad para comprender, evaluar y procesar la información suministrada por el profesional, así como para tomar una decisión definitiva coherente¹⁰.
3. Competencia legal para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud⁷.
4. Divulgación efectiva de la totalidad de la información relacionada con el procedimiento, es decir su naturaleza y propósito, riesgos, beneficios y opciones terapéuticas¹¹.
5. Entender la información suministrada y la pertinencia del procedimiento propuesto con su estado de salud. Se considera que una comprensión insuficiente no invalida el consentimiento informado, siempre y cuando el profesional haya efectuado una apropiada divulgación^{12,13}.
6. Decisión, es decir, autorizar al profesional para que lleve a cabo el tratamiento o el ensayo clínico propuesto. Al respecto, no debe perderse de vista que la firma del documento no constituye ni el objetivo ni la parte

sustantiva del consentimiento. No se trata tampoco de un mero acto administrativo. El paciente o el sujeto de investigación, cuando así lo desee, puede retirarse o negarse al mismo sin temor a represalias¹⁴.

El consentimiento informado es, para concluir, una de las aplicaciones más importantes de la bioética y una herramienta que, valorada desde la otra cara de la moneda, también beneficia al profesional de la salud, pues le concede la prerrogativa de la objeción de conciencia, y eventualmente le faculta para negarse a suministrar ayuda cuando se considera que en el acto médico o investigativo no hay responsabilidad profesional o ética¹⁵.

REFERENCIAS

1. Nelson-Marten P, Rich BA. A historical perspective of consent in clinical practice and research. *Semin Oncol Nurs* 1999; 15: 81-88.
2. Hippocrates. Decorum, XVI. En: Jones WH. *Hippocrates with an English translation*. Vol II. London: William Heinemann; 1923.
3. Plato. *The Laws*. Traducido al inglés por Bury RG. Loeb Classical Library. Vol 187. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. London: William Heinemann Ltd.; 1967 & 1968.
4. Dalla-Vorgia P, Lascaratos J, Skiadas P, Garanis-Papadatos T. Is consent in medicine a concept only of modern times? *J Med Ethics* 2001; 27: 59-61.
5. Platón. *Gorgias*. Argentina: El Cid Editor, 2004 (fecha de acceso junio 1 de 2007). URL disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/urosario>
6. Plato. *Statesman*. Traducido al inglés por Jowett B. (fecha de acceso: junio 1 de 2007). URL disponible en: <http://classics.mit.edu/Plato/stateman.html>
7. Del Carmen MG, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: a review. *Oncologist* 2005; 10: 636-641.
8. Torres de Ferreyros SA. El derecho al consentimiento informado. (fecha de acceso junio 10 de 2007). URL disponible en: <http://www.asesor.com.pe/teleley/articulos/consentimiento-informado.htm.back>
9. Meisel A, Roth LH, Lidz CW. Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *Am J Psychiatry* 1997; 134: 285-289.
10. Peralta MT, Parra MO. Algunas reflexiones sobre el consentimiento informado. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2002; 53: 221-223.
11. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (fecha de acceso junio 5 de 2007). URL disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
12. Faden RR, Beauchamp TL. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press; 1986. p 53-232.
13. Reyes-López M, Aguila-Lorenzo Y, Llanes Del Campo H, Robaina-Reyes M, De Sanfiel-Mesa Y. Consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía por mínimo acceso. *Rev Cubana Enfermer* 2006; 22: 4.
14. De Brigard AM. Consentimiento informado del paciente. *Rev Col Gastroenterol* 2004; 19: 277-280.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Informed consent. En: *Ethics in obstetrics and gynecology*. 2nd ed., Washington, D.C.: ACPG; 2004.