



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Peralta, María Teresa; Parra, Mario Orlando

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 53, núm. 3, 2002, pp. 221-223

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214305001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



EDITORIAL

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para los profesionales de la medicina es importante reconocer que en los momentos actuales la relación médico – paciente se encuentra en crisis, debido a los cambios en las políticas de atención en salud, al avance tecnológico y al reconocimiento de los derechos de los pacientes y/o sus familiares a participar activamente en ella. Esto ha llevado a una transformación de la relación clínica en las dos últimas décadas mayor a la advertida a lo largo de veinticinco siglos de historia, al pasar de un modelo clásico, “vertical o paternalista”, fundamentado en la acción omnipotente del médico sobre su paciente en procura de su bienestar, similar al establecido entre el padre y su hijo lactante, a una relación “horizontal o democrática”, de naturaleza más inestable y conflictiva basada, por una parte, en la competencia profesional del clínico y, por otra, en el derecho del paciente a elegir en forma libre, voluntaria y consciente el cuidado de su salud. Expresión de una nueva cultura, afirmada en los principios de libertad, autonomía, pluralismo y racionalidad, reconocida y garantizada por la normatividad vigente (1).

Como lo anota el profesor Diego Gracia, el consentimiento informado es el eje fundamental sobre el cual se desarrolla esta nueva relación médico – paciente. Los aportes que este ha hecho a la relación clínica son: a) Reconocer los derechos del paciente como persona, al respetar su capacidad para autodeterminarse libremente; derecho vigente en el campo político y religioso desde hace dos siglos. b) Basar la relación clínica en un modelo dialógico y racional. La comunicación es el elemento fundamental

a través del cual, por una parte, se explicita a través de la argumentación la racionalidad y corrección del acto médico desde el punto de vista científico y técnico y, por otra parte, se tiene en cuenta el pensamiento, las creencias y los valores de los pacientes en la toma de decisiones. c) Mejorar la toma de decisiones en salud, incrementando su corrección y calidad. Las soluciones propuestas ante un problema de salud específico, al reconocer su complejidad y particularidad, serán más adecuadas desde el punto de vista científico, técnico y humano al tener en cuenta sus diferentes aspectos e interrelaciones. d) Promover el bienestar del paciente. Desde el punto de vista clínico favorece una comunicación más dinámica entre el paciente y el equipo médico que contribuye a establecer lazos de confianza y permite a los pacientes participar activamente en el cuidado de su salud, lo que refuerza su adherencia al tratamiento y promueve la resolución de síntomas, especialmente los relacionados con el control del dolor y el estrés (2,3,4). e) Brindar satisfacción con respecto a la atención prestada. Desde el punto de vista legal, la principal causa de demanda a los profesionales de la salud por parte de sus pacientes o familiares (90%-95%) es una relación clínica interpretada como defectuosa o maltratante (5). f) Orientar la ciencia a opciones más humanizadoras. La ciencia, preocupada más por el avance científico y tecnológico en sus respectivas disciplinas, por el conocimiento mismo y su aplicabilidad comercial, comienza a replantearse sus objetivos al reestablecer como objetivo primordial de su acción al hombre mismo, en toda su dimensión.

De este proceso, que termina con la autorización o no de la intervención propuesta por parte del usuario, siempre debe dejarse constancia por escrito en la historia clínica cuando esta signifique una intromisión determinante en la vida del paciente; no es necesario que exista un riesgo grave, ni que se trate de un procedimiento experimental; basta con que sea notorio el carácter invasivo y agobiante del procedimiento en el ámbito de la autonomía personal y que, por tanto, se afecte de manera sustancial el principio de autonomía (6,7). Como una manera de documentar este proceso objetivamente en caso de requerirse una revisión posterior, puesto que con el tiempo puede variar su percepción por parte de los participantes. Sin embargo, esta formalidad carece de valor en ausencia de un proceso de consentimiento informado previo.

Algunas de las características más importantes del consentimiento informado, de acuerdo con los doctores Eduardo Bedrossian y Rubén Fernández (8) son: - El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario, que culmina con la autorización o no de una intervención clínica específica. - Existen bases legales y éticas para el consentimiento informado. - El consentimiento es un derecho del paciente; proporcionar la información es un deber del médico. - La información y la comprensión son las únicas herramientas decisivas para dar el consentimiento. - La información debe especificar los riesgos de un procedimiento en orden de su frecuencia y gravedad; no debe ser la síntesis de un tratado de patología. - La información debe adecuarse a las condiciones particulares de cada paciente, familiares o representantes. - En el desarrollo de una atención médica pueden requerirse nuevos y sucesivos consentimientos. - El usuario tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier etapa del desarrollo de la relación clínica, sin que ello conlleve al detrimento en la calidad de su atención en salud. - El consentimiento puede otorgarse después de contar con varios días de reflexión. - El consentimiento es una parte sustantiva de la atención médica y no un

mero acto administrativo a cargo de personal no médico. - El responsable del consentimiento informado es el profesional de la salud directamente comprometido con la atención del paciente. - La mejor prueba del acto del consentimiento es lo escrito y firmado en la historia clínica. - El consentimiento no es válido cuando por el estado de salud o la acción de medicamentos, el paciente no está en condiciones de elaborar un juicio crítico; en estos casos, es importante el consentimiento de sus familiares o responsables. - En el caso de incapaces declarados por ley (menores de edad, discapacitados mentales, etcétera) es necesario contar con el consentimiento de sus familiares o responsables. - Las autopsias, salvo las ordenadas legalmente, deben ser consentidas; la autorización o negativa debe registrarse en la historia clínica, que constituye la prueba documental por excelencia. - La ausencia del consentimiento debilita la defensa profesional en los juicios. - El consentimiento no es una dispensa de culpa. No sirve para eludir la responsabilidad profesional. - Es importante detallar en la Historia Clínica qué circunstancias obligaron a omitir el consentimiento. - La atención médica actual, fraccionada, sucesiva y múltiple, requiere de la organización institucional del deber de informar y advertir.

En nuestro país es necesaria una reflexión más profunda acerca del tema por parte de las comunidades académicas y científicas de las Ciencias de la Salud y el Derecho que permita orientar este proceso, especialmente hacia: la formación de las nuevas promociones de profesionales de la salud; la concientización de su importancia y necesidad a la comunidad e instituciones hospitalarias; y la investigación en este campo, que permita hacer un diagnóstico de su estado y proponer estrategias para su mejoramiento actual en nuestro medio. Por otra parte, este proceso debe ser garantizado por la sociedad y el Estado a través de políticas tendientes a promocionar una cultura de diálogo y participación mediante la actualización de la normatividad vigente, la flexibilización de los tiempos de atención al paciente, la implementación de programas

de educación y el fortalecimiento de los Comités de Ética Hospitalaria.

Para terminar, queremos compartir con ustedes esta reflexión que hace la Corte Suprema de Justicia al respecto:

“Dada la distancia científica que por lo general existe entre el médico y el enfermo, lo mínimo que se le puede exigir a aquel es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento, o las secuelas que quedarán, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que sólo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Es la existencia como libertad” (9).

Dra. Maria Teresa Peralta
Dr. Mario Orlando Parra

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Constitución Política Colombiana. Legis Editores. Bogotá, 2000. República de Colombia. Ministerios de Salud Pública. Art. 15 y 16 de la Ley 23/81. Decreto Reglamentario 3380/81. “Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica”. En: Tribunal Nacional de Ética Médica. Normas sobre Ética Médica. Bogotá: Mimeógrafo, 1981. Ministerios de Salud Pública. Resolución 13431/91 “Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”. Bogotá: Mimeógrafo, 1991.
2. Stewart M. Effective physician – patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1992; 152: 1423-1433.
3. Dawes P; Davidson P. Informed consent: What do patients want to know? JR Soc Med 1994; 87: 149-152.
4. Simón P. ¿Querría usted saber que tiene cáncer? MEDIFAM 1994; 4(3): 127-135.
5. Mesa J. La relación médico – paciente. Rev Inst Nal Medicina Legal Colombia 1997; 16(1,2): 121.
6. República de Colombia. Corte Constitucional. M.P. Naranjo V. Sentencia: T-411/94. Bogotá: Mimeógrafo, 1994.
7. República de Colombia. Corte Constitucional. M.P. Morón P. Sentencia: T-474/96. Bogotá: Mimeógrafo, 1996.
8. Bedrossian E; Fernández R. El Consentimiento Informado. Algunas reflexiones para compartir. Rev. FASGO, 2001;1(1): 14.
9. República de Colombia. Corte Constitucional. M.P. Morón P. Sentencia: T-474/96. Bogotá: Mimeógrafo, 1996.