



Breve reflexión sobre el consentimiento informado en Pediatría

Dr. Pedro González Fernández*

RESUMEN

Se hizo una reflexión sobre algunos aspectos fundamentales del consentimiento informado de manera general, y en Pediatría de manera particular, basándose en la revisión de la literatura disponible sobre el particular, así como un análisis de la situación en que se encuentra este procedimiento en nuestro país. Se insistió en aspectos tales como el ético y el normativo y en la determinación del grado de madurez del menor para recibir información con respecto a su proceso patológico y las acciones médicas que se van a realizar.

Palabras clave: Consentimiento informado; Pediatría; Psicología del desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La entrada de la Bioética en Latinoamérica ha sido tardía, comparada con Norteamérica (su lugar de nacimiento) y Europa. Sin embargo, se hacen ingentes esfuerzos por incorporar procedimientos bioéticos como son los comités hospitalarios de ética clínica, comités éticos para la investigación y otros más, lo que constituye un paso de avance para el mejoramiento de la relación del paciente con su médico y viceversa.

Llama la atención, en el ámbito hospitalario y asistencial, la irrupción del tema del consentimiento

informado como asunto de conversación frecuente. Esto es expresión de que los temas bioéticos forman parte de la lectura de los profesionales médicos, pero es preocupante si esta información no llega a través de lecturas de textos bioéticos, sino como anécdotas de sucesos ocurridos en otros países o por hechos vistos en películas o novelas.

Intentar imponer procedimientos bioéticos sin hacer una lectura y análisis sosegado del tema, puede traer como resultado lo opuesto a lo que se pretende. No porque el procedimiento sea incorrecto en si mismo, sino porque no tiene en cuenta la realidad circundante y se quiere imponerlos porque todos lo hacen, porque es muestra de adelanto social o por otros motivos que se apartan del entorno en el cual se pretenden aplicar.

La información entre paciente y médico y viceversa es crucial en la práctica diaria, lo que muchas veces no se toma en cuenta con la profundidad e interés que requiere y en ocasiones se intenta suplantar por la tecnología.

El caso específico del consentimiento informado es un tema difícil y con muchos escollos jurídicos, éticos y sociales, siendo en Pediatría aún más complejo, pues no sólo involucra a los padres y médicos sino a los niños y adolescentes.

DESARROLLO

El consentimiento informado se define como la “conformidad de un enfermo respecto de una modificación de su organismo mediante tratamiento médico-quirúrgico con finalidad curativa y efectuado de acuerdo con las normas de la ciencia médica”. (1)

Como es obvio, para que un paciente otorgue su aprobación acerca de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le vaya a aplicar, lo primero que debe existir es una comunicación entre médico y paciente. De manera que se presentan dos acciones a realizar: la información que se le brinda al paciente -relacionada con el proceso de enfermedad- y la aprobación de éste o su responsable para aplicar cualquier procedimiento. Esto último es en sí lo que constituye el consentimiento informado. Como se puede comprender, información y consentimiento marchan unidos como la sombra al cuerpo.

Se trata, por lo tanto, de un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico paciente, en virtud del cual, este acepta o no, someterse a un procedimiento dado, después que aquel le haya informado sobre la naturaleza, riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas. Los trabajos de investigación realizados hasta el momento, ponen de manifiesto el deseo de los pacientes de conocer la verdad sobre su pronóstico; pero es un hecho que la información a los pacientes da lugar a polémica si el pronóstico de la enfermedad es malo (2).

Partimos del criterio que la información médica es un derecho de todos los pacientes, forma parte importante del acto asistencial y es un proceso que la sanidad pública debe garantizar y emprender las acciones necesarias para conseguir que los enfermos puedan participar activamente en la toma de decisiones y que además estén satisfechos con esta información.

Antecedentes históricos.

Durante siglos ha permanecido prácticamente intacta la ética hipocrática. Como consecuencia de esa visión del médico (protector, sacerdote, consejero) se establece una relación de tipo paternalista. En esta relación el simple hecho de que el enfermo acuda al médico, supone que confía en él y “se entrega en sus manos”, infiriendo que éste hará solamente acciones buenas hacia él. La participación del paciente es puramente pasiva.

Sin embargo, el proceso de desarrollo histórico trajo consigo cambios en las relaciones humanas. Las ideas sobre la libertad y los derechos humanos cobraron una fuerza y dimensión nunca antes vista. La relación médico-paciente no escapó a estos cambios.

La anterior moral de beneficencia, con su carga de paternalismo, dio paso a la moral de autonomía caracterizada por la difusión de los derechos de los pacientes para participar en las decisiones que se han de tomar en relación con su enfermedad. Por otra parte, los posteriores avances de la ciencia, el acceso de la población a la educación, la lucha en pro de los derechos como individuos y como consumidores, ha provocado la apertura de

caminos legales para la solución de problemas médicos.

El hecho que puso en guardia a los médicos ante posibles reclamaciones por procedimientos realizados sin autorización del paciente, ocurrió en USA en 1914: Una mujer fue sometida a laparotomía exploradora, aclarando que no aceptaba que se le extrajera ningún tejido u órgano. Durante el procedimiento el médico, considerando que era lo mejor para su paciente, extrajo un fibroma y ella demandó al hospital (caso Schloendorff contra Society of New York Hospitals). El juez manifestó que “...todo ser humano de edad adulta y sano juicio tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo, y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños...” (3)

Posteriormente, el nacimiento y desarrollo de la química farmacéutica en Alemania, trajo consigo como consecuencias ciertos abusos con el empleo de sustancias químicas en seres humanos, lo cual motivó denuncias en contra de médicos que experimentaban con sus pacientes sin ningún control. El Ministerio del Interior de ese país formuló los "Lineamientos para la innovación terapéutica y experimentos científicos en el hombre", que consistían en una serie de recomendaciones de carácter normativo. Sin embargo, esto no detuvo del todo las agresiones y atropellos en sujetos de todas las edades. (4)

En 1947 se promulgó el Código de Nuremberg, el primero en su género, dando origen a la exigencia del consentimiento del sujeto para la realización de experimentos médicos en humanos. Aunque el objetivo era proteger y considerar la opinión de la persona frente a estudios de investigación, también es la primera oportunidad que se proporciona al paciente de aceptar o rechazar un procedimiento.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. En su artículo 6 dice: “Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica”, proporcionando a todas las personas la posibilidad de reclamo ante el incumplimiento; esto incluye el área de la Salud (5).

En 1957, nuevamente en USA, en el caso Salgo contra Stanford, el juez dictaminó que (6): “...los médicos violan sus deberes con sus pacientes y se exponen a demandas si se ocultan hechos que son necesarios para formar la base de un consentimiento informado inteligente por estos respecto al tratamiento propuesto”. Es la primera vez que aparece la expresión “consentimiento informado”, que a partir de entonces se introduce en el léxico judicial (7).

Con esta breve reseña se trata de dar una idea de cómo han sido los antecedentes que han dado lugar al consentimiento informado. De ello se derivan, al menos, dos elementos principales: el primero, proteger al paciente contra posibles excesos o abusos del médico; y el otro, defensivo legal de parte de éste contra posibles reclamaciones por mala práctica.

Hay que tratar que el proceso de información y consentimiento no se convierta en un acto con un trasfondo “defensivo” en el cual el médico busque “protección” contra una posible demanda o acusación. Todo lo contrario, debe sentirse como un “andar juntos”, médico y paciente, por el camino del que sufre una enfermedad. Para que ello marche bien, la compasión y la comunicación son elementos esenciales. En el caso de la comunicación, antes de plasmarse en un documento, debe estar precedida por una conversación movida por amor oblativo hacia ese ser humano.

En nuestro país aún no existe una legislación que obligue al médico a solicitar el consentimiento. Tenemos un modelo paternalista, aunque no absoluto, pues la información al enfermo suele ser bastante completa y la relación médico paciente permite la participación en la mayoría de los casos de la decisión médica. En nuestro sistema social no existe la medicina privada y la salud pública es un problema priorizado por el Estado, lo que favorece que no existan abusos o toma de decisiones arbitrarias en perjuicio del paciente. Este constituye un factor que ha retrasado la legislación al respecto.

Sin embargo, sí existen Comisiones de Ética de la Investigación en los centros sanitarios, que velan por el cumplimiento de este requisito en los proyectos de investigación.

El Consentimiento Informado se basa en el principio del respeto a las personas como seres autónomos, con dignidad y capacidad de autodeterminación. En aquellos que no pueden ejercer ese derecho, por carecer de capacidad legal o por incapacidad física o intelectual, comienzan a aparecer una serie de cuestionamientos difíciles de solucionar. Para los pediatras, que tratan niños y adolescentes, comienzan interrogantes que se tratan en este trabajo.

Los niños presentan varias etapas en su desarrollo. ¿Cuándo está capacitado para comprender y decidir cuestiones éticas? ¿Cuándo puede ejercer su capacidad de autodeterminación? El caso de los adolescentes merece un aparte en el análisis.

No hay duda alguna que en los niños pequeños (lactantes y menores de 12 años) la decisión debe estar en manos de los padres o tutores legales. La ley así lo dice. La duda surge en el resto de los casos.

Breve reseña de los aspectos ético y normativo:

A través del tiempo, ha sido difícil dar una respuesta clara al tema de cuándo comienzan los seres humanos a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos. Aristóteles dice, en la *Ética a Nicómaco*, que «los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos y sabios en cosas de esa naturaleza, y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes». (8)

La virtud moral por antonomasia, la prudencia¹, parece, según ese texto, alcanzarse muy tardíamente. Es evidente, sin embargo, que esos jóvenes que pueden ser geómetras y matemáticos son capaces de darse cuenta de las situaciones y, por tanto, responsables de sus actos.

Esta distinción es muy importante. No puede confundirse la madurez moral con la capacidad moral o jurídica. Muestra de ello es la tradición que ha hecho coincidir la responsabilidad moral con el llamado «uso de la razón», que se situó en torno a los 7 años. Estos conceptos han cambiado drásticamente en las últimas décadas.

Jean Piaget (9), un investigador de los años 30 del pasado siglo, defendió la tesis de que el niño evoluciona desde un estadio pre-moral a otro de respeto hacia la autoridad de los individuos o de las cosas. El niño de 3 a 8 años identifica las reglas morales con las leyes físicas y considera que las normas morales son predicados físicos de las cosas. Piensa que no tienen relación directa con la intención o los valores humanos, es decir, que identifica lo moral con lo real y considera que las normas morales, como las físicas, son absolutas, sagradas e intocables (heteronomía²). A partir de aquí comienza un lento proceso de evolución, que poco a poco va interiorizando las normas, de modo tal que los sujetos acaban distanciándose de las demandas externas en favor de los principios internos (autonomía). Según este autor, estos criterios internos vienen a identificarse al comienzo con el principio de justicia, es decir, de igual trato para todos en similares circunstancias, lo cual acontece entre los 8 y los 11 años, siendo más tarde completados con criterios de equidad, que modulan el anterior criterio de igualdad de acuerdo con las circunstancias concretas de cada caso, proceso que se inicia alrededor de los 11-12 años. (9)

Posteriormente Kohlberg (10) realizó un conjunto de estudios empíricos que en parte le llevaron a confirmar las conclusiones de Piaget y en parte a reformarlas y elaboró un sistema de evolución de la conciencia moral del niño de tres niveles y seis grados (tabla 1). De acuerdo a esto, el nivel preconventional lo presentan el 80% de los niños hasta los 10-12 años y el nivel convencional es el más frecuente entre los adultos. La fase posconventional la alcanza un número reducido de personas y en edades más bien tardías. Kohlberg ha ido variando este criterio, de manera que cada vez ha reducido más el número de las personas en fase posconventional e incrementando su edad; lo que hizo que al final de su vida pusiera en cuestión la propia existencia de ese estadio 6. Él decía que el desarrollo adulto es más asunto de estabilización que de aparición de formas de pensamiento nuevas o más elevadas. El razonamiento moral es quizá más complejo de lo que Kohlberg supuso. Según Gracia et al (11) el pensamiento moral maduro une factores deónticos, más universales y abstractos, con otros de responsabilidad, de carácter más concreto, lo que permitiría explicar por qué los estadios últimos del desarrollo moral no se adquieren hasta una

1 prudencia. (Del lat. *prudentia*). Una de las cuatro virtudes cardinales, que consiste en discernir y distinguir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello.

2 heteronomía. f. Fil. Condición de la voluntad que se rige por imperativos que están fuera de ella misma.

edad más bien tardía, a pesar de que la imputabilidad moral surge mucho más tempranamente.

El desarrollo moral, pues, parece haber alcanzado ya una cierta madurez en torno a los 16-18 años, lo que explica la paulatina convergencia de las legislaciones hacia esas fechas. Las leyes liberales del siglo XIX situaron la mayoría de edad de los seres humanos en los 21 años y la emancipación en los 18. Más adelante, ya en el siglo XX, se produjo un nuevo recorte, quedando establecida la mayoría de edad en los 18 y la emancipación en los 16.

TABLA 1 **PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL** **(KOHLBERG)**

Nivel I. Preconvencional

Estadio 1. Moralidad heterónoma

Estadio 2. Moralidad individualista, instrumental

Nivel II. Convencional

Estadio 3. Moralidad de la normativa interpersonal

Estadio 4. Moralidad del sistema social

Nivel III. Posconvencional o de principios

Estadio 5. Moralidad de los derechos humanos y de bienestar social

Estadio 6. Moralidad de principio(s) ético(s) universal(es), universalizable(s), reversible(s) y prescriptivo(s)

Sin embargo, los estudios de psicología evolutiva de la moralidad demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral bastante antes de esa edad, entre los 13 y los 15 años. Hay algunos, ciertamente, que necesitan más tiempo y siguen evolucionando hasta los 19 años, pero la mayoría ha alcanzado ya su desarrollo moral cuatro, cinco o seis años antes.

Este dato ha sido fundamental en el desarrollo de la doctrina del «menor maduro»³. La base teórica de este concepto se halla en el principio de que los derechos de la personalidad y otros derechos civiles pueden ser ejercitados por el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos, lo que puede suceder, y seguramente sucede con gran frecuencia, bastante antes de los 18 años. (12)

Esto ha llevado a elaborar en algunos países, como España, toda una doctrina nueva de los derechos del menor y a establecer en los 12 años la fecha en que un menor puede disfrutar, si goza de madurez, de sus propios derechos humanos.

La adolescencia y el grado de «madurez» en el proceso del consentimiento informado.-

La adolescencia es un período de incertidumbre, con mayor o menor intensidad según los casos, que resulta

³ Menor maduro. Expresión surgida para designar aquel sujeto que, siendo menor de edad, posee un grado de madurez psicológica y humana que le permite disfrutar de los derechos de personalidad en grado mayor o menor.



complejo y peligroso. Es el momento en que su propia madurez le hace distanciarse de los criterios morales recibidos del entorno en que vive (familia, profesores, compañeros, usos y costumbres sociales) sin que todavía tenga otros para sustituirlos.

Ese distanciamiento de los criterios morales recibidos supone un evidente signo de madurez, pero sin llegar a tener una alternativa clara. Este momento se conoce como «fase o etapa de protesta», de contenido profundamente moral. El descubrimiento de la hipocresía en los modelos recibidos lleva a expresar del modo más llamativo posible su rechazo. Esto se hace mediante todo tipo de expresiones en actitudes y comportamiento. Esta protesta del joven se expresa bajo forma de rebeldía a la autoridad, ruptura con los esquemas recibidos, deseo de libertad y autonomía, irreverencia a sus superiores, entre otras. Se puede citar como ejemplos el embarazo como protesta ante los padres o la sociedad; comienzo del uso de sustancias psicoactivas (marihuana por ejemplo), o del hábito de fumar; vestimenta no convencional, afiliación a organizaciones, partidos o religiones no tradicionales y otras.



Esta situación de rebeldía en que se rechaza lo convencional, ha sido estudiada por algunos autores (10) que plantean que el adolescente entra en una fase o subfase en el desarrollo de la conciencia moral en que se ha pasado del período convencional pero sin haber llegado al posconvencional. ¿Es el joven maduro en esas situaciones? La respuesta más fácil es decir que no, que la madurez sólo se alcanza al adquirir un pensamiento posconvencional.

Sin embargo esto no se corresponde con los hechos. Es un hecho que la mayor parte de los adolescentes y de los adultos no supera la fase convencional, razón por la cual en los años de su adolescencia están actuando de modo prácticamente idéntico a como lo seguirán haciendo todo el resto de su vida. A los adultos que no han pasado de la fase convencional, difícilmente se les podrá negar la madurez. De hecho, ¿quién se la niega?

Algunos autores se preguntan (11) por qué negársela a ese grupo de jóvenes, más o menos reducido, que por su mayor inquietud consigue traspasar ese límite y van más allá, en busca de algo distinto y superior. Estos autores son de la opinión que el planteamiento dilemático del tema, en términos de madurez sí o no, es erróneo y no llevará nunca a una solución correcta. El problema no es si el joven es o no maduro. Por principio cabe decir que en muchos casos es tan maduro como lo será más adelante, o como otros muchos ciudadanos adultos, a los que nadie cuestiona su autonomía para tomar decisiones. Aunque, desde luego, en otros casos es claro que el adolescente no es tan maduro como lo será años después, cuando su proceso de evolución personal haya logrado nuevas metas. Habría que decir, por tanto, que los que

luego van a evolucionar más, los que van a llegar a un pensamiento más posconvencional, son los que corren el riesgo de parecerse más inmaduros en la adolescencia. Sin embargo, paradójicamente, se tiende a exigir más a los más maduros.

El autor coincide con el criterio que el planteamiento de este problema no debe hacerse contraponiendo de modo categórico y absoluto madurez a inmadurez; más bien habría que enfrentar la cuestión con una mentalidad distinta y más abierta, deseosa de reconocer la madurez y la autonomía que hay en el adolescente y dispuesta a fortalecerla en vez de anularla, ofreciendo al joven compañía, comprensión y ayuda en una fase tan compleja y problemática de la vida. Es decir, lo que hace falta es, «deliberar» con el adolescente. Lo fundamental es incluirle en un proceso serio, honesto y sincero de delibera-

ción, oyendo sus razones y dándole a la vez razones de los propios puntos de vista, haciéndole ver los criterios posconvencionales que va buscando, y a la vez la paradoja de que la sociedad como un todo no se rija en la mayoría de los casos por esos criterios, sino por otros que son claramente convencionales.

Es difícil dialogar con el adolescente y exigirle que sea convencional, cuando precisamente la sociedad se halla asentada sobre ello. Hay que tener en cuenta, que el nivel posconvencional no se puede exigir, pero sí se debe promover, que son cosas distintas. Éste es el punto fundamental: la diferencia entre imposición y promoción. Sólo cabe imponer, exigir las convenciones sociales que adquieren la forma de preceptos jurídicos. Todo lo demás debe ser objeto de exhortación, promoción y no de imposición.

Como vemos, la deliberación con el joven es especialmente compleja y difícil, de manera que exige siempre una gran madurez en quien conduce el proceso. El adolescente precisa ser escuchado con atención e interés, con un gran esfuerzo por comprender su situación, el análisis de sus valores, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción que elija no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario.

El tema de la madurez del adolescente nos pone al descubierto el problema de la madurez de los adultos (familiares, educadores, profesionales, etc.). Es un principio bien conocido en teoría de las relaciones humanas que nadie puede ayudar a otro en un conflicto que él



mismo no tenga básicamente resuelto. La relación de ayuda exige una gran madurez psicológica y más aún cuando lo que se plantea son problemas morales, ya que se necesita también de un adecuado desarrollo moral. Es frecuente y no es de extrañar, que los profesionales tengan miedo a este tipo de cuestiones. Esto resulta en rechazo a tratar al adolescente. El problema se ve acentuado por la falta de formación en estas cuestiones, lo que impide sentirse bien, manejar estos casos con una cierta seguridad y confianza y hacer del acto clínico una verdadera relación de ayuda.

¿Cuál es la edad para considerar mayoría de edad?
Enfoque jurídico.-

Es difícil determinar cuando un niño o adolescente tiene la capacidad de tomar decisiones de adultos o lo que se denomina en lenguaje jurídico la mayoría de edad. De hecho existe disparidad en las leyes. En casi todos los países existen diferentes criterios para determinarla ante situaciones distintas, como la licencia para conducir, responsabilidad penal y civil, entre otras.

En nuestro país se consideraba mayoría de edad a los 23 años, de acuerdo al Real Código Civil español del 11 de mayo de 1888, vigente también para la isla desde 31 de julio de 1889 por real decreto, que empezó a hacerse vigente el 5 de noviembre de 1889. Este código fue ratificado por España mediante la Proclama del 1 de enero de 1899 y por la orden militar 148 del 13 de mayo de 1902 en que, en su artículo 320, establecía que la mayoría de edad comenzaba a los 23 años. Esto se modificó por el artículo 1º de la ley emitida el 19 de

junio de 1919, en que se redujo esta edad a 21 años. Posteriormente, la ley #1289, del Código de Familia, emitida el 14 de febrero de 1975, fijó la edad de 18 años como mayoría de edad, la cual se mantiene vigente en este momento. Esta mayoría de edad se refiere a la responsabilidad civil; la responsabilidad penal, es a los 16 años.

Por otra parte, de acuerdo al código civil cubano vigente, una adolescente de 14 años y un varón adolescente de 16 años, pueden contraer nupcias previa autorización de los padres respectivos, a pesar de no poseer la mayoría de edad. De manera que esa adolescente de 14 años, considerada como menor de edad en cuanto a responsabilidad civil, por arte de magia de la firma de un acta matrimonial, adquiere la madurez y responsabilidad para solicitar una interrupción de embarazo u otro procedimiento, si así lo desease, lo que momentos antes de firmar dicha acta se le hubiese negado teniendo que acudir sus padres.

Esta disparidad de edades para responsabilidades jurídicas diferentes, es un problema que abarca a la mayoría de los países, por no decir a su totalidad.

En un artículo del Diario Médico publicado en España, el 19 de Mayo de 2005 (13), el autor discrepa de la opinión que dio el fiscal de menores del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, Pablo González Mirasol, acerca de que el médico debe informar siempre a los padres de un menor de edad. Para ello, el discrepante se basa en la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, que dice que el titular del derecho a ser informado y a decidir es el paciente y añade en su artículo 5.1 que otras personas pueden ser informadas en la medida que el paciente lo permita. El autor refiere que para la ley, basta con que el paciente sea capaz de entender intelectualmente o emocionalmente para que sea él, y nadie más que él, el que deba ser informado y, por tanto, consentir. En otras palabras, de acuerdo a esta ley, la cualidad de receptor de la información y otorgante del consentimiento no la da la edad, sino la capacidad de comprensión del paciente, sea cual fuera su edad. El autor es de la opinión que los menores de dieciséis años pueden prestar su consentimiento siempre que el facultativo aprecie que tienen capacidad de comprensión. Y a continuación dice: "A nadie se le oculta que un niño de dos años no puede ser informado ni preguntado sobre su opinión al respecto del tratamiento, pero hasta los 16 hay un largo trecho plagado de menores capaces de entender a la perfección todo cuanto se les explica y hasta de darnos clase a nosotros sobre muchas materias (por ejemplo, las relacionadas con las nuevas tecnologías). Por ir a varios ejemplos reales de los que se nos presentan en el día a día de nuestra consulta de urgencias de abogados de cabecera, si una adolescente de 15 años acude a un centro de salud pidiendo la píldora del día siguiente porque ha mantenido relaciones sexuales hace 20 horas y no quiere que el médico que le atiende diga nada a sus padres, en mi opinión el médico no tiene nada que decir

a los padres de la joven. Más aún: estoy convencido de que si informa a los padres en contra de los deseos de la joven y ésta denuncia los hechos, alguno de nosotros tendrá que asistir al médico en su declaración ante el Juzgado de guardia por infracción de su deber de secreto. Si el médico aprecia que la joven le está comprendiendo perfectamente (cosa nada extraña en una adolescente de esa edad aproximada, que conoce la existencia de la píldora y que ha acudido porque sabe que sólo puede ser pautada en un lapso determinado de horas tras el acto sexual) poco importa que pruebe la edad concreta que dice tener." (13)

De todo esto se desprende que hay una parte de la responsabilidad (a mi entender la de más peso) que recae sobre el médico y de la que éste no puede desprenderse. El paciente debe dar su consentimiento, pero influye enormemente la forma en que se le prepare para que tome una decisión. Si se trata de niños menores, aunque el consentimiento es responsabilidad de los padres, no excluye que demos información directa al niño, si tiene una edad en que es capaz de comprender con lenguaje sencillo la situación que le afecta, sobre todo en afecciones crónicas como la diabetes mellitus. Si se trata de un adolescente, el médico debe valorar el grado de responsabilidad que él en particular tiene, para obtener su consentimiento. Ello supone que el facultativo tenga una preparación ética suficiente que le permita actuar correctamente.

A pesar de que en algunos países existen modelos de relación médico-paciente en que la responsabilidad de la decisión recae totalmente en éste (Interpretativo/Contratual e Informativo/Técnico) los galenos no pueden olvidar que tratan con personas, seres humanos a los que se debe respetar en toda su dimensión y dignidad. Y esto es imposible si no se les ve bajo un enfoque ético personalista en el que prime la compasión y el amor oblativo (agapé).

Espero, con esta breve reseña, motivar a la reflexión y el diálogo sobre un tema tan controversial e importante en la práctica clínica diaria.

Vale la pena, para finalizar este trabajo, citar unas palabras de F. León Correa (14) que resumen lo que debe ser nuestra actitud en la relación médico paciente: Lo que permite a la libertad humana profundizar en su propio actuar y, por tanto, aumentar la dignidad de la persona, es la comunicación con otras libertades. Y no cualquier comunicación, sino la relación libre basada en el amor, en el deseo del bien. "Donde hay necesidad, no hay amor, sino sometimiento, porque no hay libertad. La necesidad nunca funda el amor"; y, por el contrario, "el amor es la revelación más alta del poder de la libertad"(15). El grado máximo de comunicación tiene lugar cuando las libertades se manifiestan máximamente en una relación personal de amor-entrega.

CONCLUSIONES

El consentimiento informado surge como una consecuencia del cambio en el modelo de relación médico-paciente, el avance técnico que trae consigo una medicina más intervencionista, derivándose de ello el reconocimiento de los derechos de los enfermos y por el aumento de las demandas de responsabilidad médica.

La comunicación entre médico y paciente acerca del proceso de la enfermedad y la participación de éste en dicho proceso, debe ser indefectible en la relación médico paciente.

En el caso de los pediatras toma una dimensión mayor pues el consentimiento deben emitirlo terceras personas (padres o tutores), lo que no excluye cierta información adecuada al menor por parte del médico.

El caso de los adolescentes toma una complejidad propia, dada por las características de esta etapa de la vida.

Se desprende la necesidad de la capacitación de los médicos en los aspectos éticos para cumplir adecuadamente su función en la relación médico paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Barreiro J. La relevancia jurídica penal del consentimiento del paciente en el tratamiento médico-quirúrgico. Cuadernos de Política Criminal 1995; 16: 25-32.
- Cereijo Silva EG; Llovo Guillén MS; Ordóñez Novo MC: El consentimiento informado y el paciente oncológico. Cuadernos de Bioética 1998; 33(1): 55-63.
- Highton E., Wierzbica S: "La relación médico-paciente: el consentimiento informado" de Edit. Ad-Hoc, 1991.
- Miranda Carrillo L: Consentimiento informado en Pediatría. Documento de estudio del Diplomado en Bioética de la Universidad Católica de Chile, edición 2006.
- Declaración Universal de los Derechos humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948. Tomado de Miranda Carrillo L: Op. Cit.
- Silverman WA. The myth of informed consent: in daily practice and in clinical trials. J. Med Ethics 1989; 15: 6-11.
- Mazur D. Influence of the law on risk and informed consent. BMJ 2003; 327: 731-734.
- Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970; 95-96; 1142-13-14.
- Pérez-Delgado E, García-Ros R, compiladores. La psicología del desarrollo moral. Madrid: Siglo XXI, 1991; 57.
- Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
- Gracia D; Jarabo Y, Martín Espíldora N; Ríos J: Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med. Clin. (Barc) 2001; 117: 179-190.
- Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 107-118.
- Diario Médico, 19 de mayo de 2005. Sobre el consentimiento prestado por el menor y su capacidad de comprensión. Documento de estudio del Diplomado en Bioética de la Universidad Católica de Chile, edición 2006.
- León Correa FJ: Tema de estudio: ¿Qué es la Bioética? Dignidad Humana, Libertad y Bioética. Cuadernos de Bioética. 1992; 12 (4): 5-22
- de Garay, J: Diferencia y libertad. Rialp, Madrid, 1992, pp. 155-156.

* Médico especialista en Endocrinología y Profesor Auxiliar. Jefe del Servicio de Endocrinología y Presidente del Comité de Ética Clínica, del Hospital Pediátrico William Soler, en la ciudad de La Habana. Diplomado en Bioética por la Pontificia Universidad Católica de Chile.