

COMPETENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Susana M. Vidal *¹

(Ref: Vidal Susana. *Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. Jurisprudencia Argentina Nro 6166, Bs As, 1999: 58-68*)

Se ha afirmado ya desde hace algún tiempo que la Bioética tiene como objetivo principal mejorar la calidad de la toma de decisión en salud.²

Se toman decisiones a distintos niveles. A nivel macroasistencial, aquellas vinculadas a las políticas sanitarias y la distribución de los gastos en salud, a nivel mesoasistencial las que se toman en las instituciones de salud, íntimamente relacionadas con la gerencia y administración de los servicios de salud y la gestión dentro de las instituciones, y a nivel microasistencial aquellas que se refieren a las decisiones en el ámbito de la relación clínica entre el profesional de la salud y el paciente. A este último nivel, la calidad ha sido definida por distintos indicadores, a saber, en primer lugar la corrección técnico científica de la decisión, sin la cual es impensable considerarla ética, en segundo lugar la adecuación de la indicación a los recursos disponibles y en tercer lugar la participación del paciente en dicha decisión.

El capítulo de la Bioética que se ha ocupado del derecho de los pacientes a participar de las decisiones que se tomen sobre su cuerpo y su salud es la Regla del Consentimiento Informado.

Vale preguntarse acerca de porqué el C. I. se ha transformado en uno de los temas por excelencia de la Bioética. Esto es debido a que ha venido a romper con dos grandes paradigmas de la ciencia y de la Medicina.³

Por un lado vino a terminar con la noción de la neutralidad moral de la ciencia o de que puede existir un código ético interno al ámbito de los investigadores, a partir de la inclusión del derecho de los sujetos de investigación a dar su consentimiento antes de ser incluidos en un ensayo clínico. Por otro lado, en el terreno de la práctica clínica, (la asistencia), ha venido a romper con el paternalismo en medicina, modelo este que arrastra una tradición de más de 20 siglos.

Ya desde hace 20 años se han ido definiendo los elementos constitutivos de la doctrina legal del C. I. es decir, cuales son los criterios que deben ser considerados en la práctica clínica para que este sea ética y legalmente válido. Es así como la preocupación inicial se puso, a partir de la década del 50, en el proceso del consentimiento; posteriormente se debatió hasta el cansancio, (y aún sigue en discusión), el tema de la información; qué debe informarse, cuanto, en qué momento y quien, fueron las preguntas principales a lo largo de la década del 60 y el 70. Pero a partir de los 80 surgió una nueva pregunta acerca de la competencia de los sujetos que daban su C. I. Se sabía que había que informar completa y verazmente al paciente, para luego solicitarle su consentimiento. Pero parece que esto no era suficiente, debía saberse además si ese sujeto estaba en condiciones de tomar una decisión. Esa fue la pregunta que comenzaron a hacerse los bioeticistas norteamericanos desde entonces y que todavía hoy no encuentra una respuesta clara y definida.

El C. I. ha sido definido de diversas maneras pero es interesante rescatar una de las definiciones propuestas desde los ámbitos médicos que aunque se le podrían hacer algunas objeciones, parece ser la más completa en referencia a los elementos antes mencionados.

"El C I consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance de los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser

¹ Dra. Susana M. Vidal. Médica, Internista. Coordinadora Área de Bioética- Ministerio de Salud de la Pcia de Córdoba. Coordinadora de la Red Pcial de Comités Hospitalarios de Bioética. Coordinadora Programa de Educación Permanente en Bioética. Red Bioética UNESCO. Correos a suvidal@arnet.com.ar.

² Gracia Guillen; Diego. "Ética de la calidad de vida". Cuadernos del Programa Regional de Bioética, OPS - OMS, Nro.2, Abril 1996, pp. 41-59

³ Forcht Dagi, Teo. "Changing the Paradigm for Informed Consent". The Journal of Clinical Ethics, 1994, pp.: 246-250.

comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar ventaja de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente",⁴

Se desprenden a simple vista los elementos constitutivos de la teoría y doctrina legal del C.I. que son, la información, la competencia y el consentimiento.

Si se revisa la historia de la ética médica, tema que por otro lado no podrá desarrollarse en este apartado, diremos que estos tres elementos han gozado de la más absoluta ausencia a lo largo de ella.

Es por demás interesante revisar la íntima relación que la enfermedad ha tenido con el vicio y posteriormente con el pecado, dependiendo las épocas en las que se la analice, lo que ha hecho considerar a los enfermos incapaces o incompetentes para tomar decisiones desde la antigüedad clásica, no sólo incapaces físicos sino también psíquicos y morales. Esta relación ha sido aún más estrecha y compleja en el caso de la enfermedad mental,⁵

Estas condiciones determinaron que solo fueran los médicos los que podían decidir por sus enfermos, base del paternalismo en medicina,⁶

Recién desde mediados de este siglo, la modernidad se dio lugar en la medicina y en la ética médica a través de este derecho de los enfermos.

Se han ido conformando así, los elementos constitutivos de la teoría y la doctrina del C. I. para que este sea considerado ética y legalmente válido. Hoy se aceptan como elementos del C.I. los siguientes⁷:

A.- Precondiciones

1.- Competencia para comprender y decidir

2.- Voluntariedad en la decisión

B.- Elementos de la información

3.- Revelación, (información material)

4.- Recomendación de un plan

5.- Comprensión, (de los puntos 3 y 4)

C.- Elementos del Consentimiento

6.- Decisión (en favor o no del plan)

7.- Autorización, (del plan elegido)

Voluntariedad y competencia, como se ve son los elementos requeridos como precondiciones.

A.- Voluntariedad: para realizar la acción autónoma, lo que podría expresarse en tres condiciones de la acción autónoma⁸

1.- intencionalidad

2.- conocimiento

3.- ausencia de control externo e interno.

⁴ Ad Hoc Committee on Medical Ethics. American College of physicians. American College of Physician Ethics Manual. Ann Inter Med, 101: 129-137, 263-274, 1984.

⁵ Gracia Guillen, Diego. "Fundamentos de Bioética". EUDEMA. S.A, Madrid, 1989, pp.: 29- 41, también Lain Entralgo, Pedro. "El Cristianismo y la relación médica", en La Relación Médico Enfermo. Alianza, Madrid, 1983, pp.: 104- 119; y Mainetti, José A. "Ética Médica. Introducción Histórica". Ed. Quirón. La Plata, 1989. *Para una revisión de la historia de la enfermedad mental véase:* Gracia, Diego. "El retraso mental en la historia", en Ética y Vida: Estudios de Bioética, Nro. 3. Ed El Búho, Colombia, 1998, pp.: 207- 232; y Foucault, Michel. "Historia de la locura en la época clásica". Ed. Brevarios, Fondo de Cultura económica, Bogotá, 1993.

⁶ *Para una completa revisión del paternalismo en medicina y la historia de la incompetencia véase:* Beauchamp, Tom; Mc Cullough, Laurence. "Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos". Edit. Labor, S. A. Barcelona, 1987, pp.: 93-124; también Gracia, Diego. "Fundamentos de..." Op Cit (5), pp.:23-120.

⁷ Beauchamp, Tom; Faden, Ruth. "Information Disclosure. Ethical Issues". Encyclopedia of Bioethics. Warren Thomas Reich, (Ed.). Vol 3. 1995, pp:1225- 1241.

⁸ Faden, Ruth; Beauchamp, Tom L. "A History and Theory of Informed Consent". Oxford University Press. New York, 1986, p. 238.

1) Una acción puede afirmarse que goza de *intencionalidad* cuando es querida de acuerdo con un plan. No hay gradación de intencionalidad, las cosas toleradas y deseadas se incluyen dentro de lo querido.

2) *Conocimiento*: Se refiere a la comprensión de la acción. Se pueden plantear grados de comprensión o entendimiento. Faden y Beauchamp hablan de una comprensión "adecuada" y "completa" de todas las proposiciones o expresiones que describan: la naturaleza de la acción, las consecuencias previsibles y posibles resultados que puedan derivarse de ejecutar o no la acción, los riesgos, etc. .

3) *Ausencia de control externo*. Es el poder material de hacer lo que de antemano hemos resuelto hacer. El control tiene grados, ellos son: coerción, manipulación y persuasión

4) Existe una cuarta que es la Autenticidad. Se considera que un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente⁹.

B.- Competencia en el sentido de que el individuo que toma la decisión cuente con las habilidades psicológicas necesarias par poder llevar adelante el "proceso de toma de decisión".

Es en este sentido en el que pretende desarrollarse este trabajo y abordar el tema de la evaluación de la competencia como una urgencia de la práctica clínica para poder afirmar que se está dando cuenta de las perspectivas éticas requeridas por esta regla.

Ya desde el informe de la President Commission en 1982,¹⁰ se han aceptado como objetivos del respeto al principio de autodeterminación los siguientes:

1.-Calificar a una persona competente para que participe en las decisiones sobre su tratamiento y 2.- Proteger a una persona incompetente de los efectos nocivos de una mala decisión .

Desde esta perspectiva queda claro el importante compromiso ético que implica establecer los límites entre estos dos objetivos, aunque esta no sea tarea fácil (si al menos es posible) conlleva enormes implicancias éticas y jurídicas.

Al referirnos a competencia en este apartado estamos entrando al conflictivo terreno que pretende definir los límites del sujeto moral autónomo y no solamente a la evaluación de una acción en la práctica que este sujeto ya ha realizado, con lo cual podemos así vislumbrar la complejidad de la temática planteada.

Desde lo más genérico la competencia ha sido definida como "*la habilidad para realizar una tarea*"¹¹, lo que evidencia la vastedad y la confusión en la que vamos a incursionar.

De hecho distintas disciplinas han intentado arrimar una definición de competencia y como bien lo establecen Faden y Beauchamp "*...el especial compromiso de la Medicina, el Derecho, la Psiquiatría, la Filosofía, la Psicología y otras profesionales han conducido a diseñar perspectivas que compiten sobre lo que es la competencia, que son en muchos casos incompatibles. Algunos han denunciado que no hay, y probablemente nunca habrá, una definición consensuada de competencia...*"¹².

La noción de competencia no corresponde originalmente a la medicina, debido a que es un concepto que ha sido enriquecido por diferentes ciencias como el Derecho, la Filosofía, la Sociología y la Antropología. Pero han sido el derecho y la psiquiatría quienes han jugado una papel más importante en el intento de definir o de establecer algunos criterios que demarquen este terreno gris en el que se ubica la competencia de las personas.

⁹ Faden, R; Beauchamp, T. "A History and..." Op cit (8), pp.: 263-268.

¹⁰ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: "Making Health Care Decisions". Washington D. C. Government Printing Office, 1982.

¹¹ Faden, R; Beauchamp, T. "A History and..." Op Cit (8), p: 267.

¹² Faden, R; Beauchamp, T. "A History and..." Op Cit (8), p: 288.

El derecho se refiere a "*capacidad*", la filosofía a "*persona autónoma*" o a "*acción autónoma*", la psiquiatría con más frecuencia a "*competencia*", pero existen otros muchos términos referidos al mismo significado como, capacidad de elección, competencia para la toma de decisión, razonabilidad, conocimiento, entendimiento, etc., y probablemente sea imposible realizar un análisis lingüístico serio para tratar de interpretar las diferencias existentes entre los mismos,¹³.

Más allá de estas cuestiones lingüísticas, que no son poco, existen problemas en lo que se refiere no sólo al significado y a la fundamentación del concepto de competencia sino también, y cada vez más complejos, en términos de la aplicabilidad del mismo en la práctica clínica de la medicina diaria, lo que ha colaborado a aumentar estas dificultades.

La literatura, (jurídica en particular) explica que la idea de competencia tiene que estar siempre circunscripta a la especificación de la tarea en cuestión. Se puede ser competente para una tarea y no para otra. Se puede ser competente para criar hijos y no serlo para manejar negocios, se puede ser incompetente para la justicia y tal vez no serlo para tomar ciertas decisiones.

La justicia tiene bastante bien delimitado el tema de lo que ha llamado incapacidades absolutas, (Art. 54 y 55 del Código Civil), probablemente debido a la enorme conflictividad que la temática impone. No es lo mismo en el caso de las incapacidades parciales que, aunque están perfectamente definidas, en diversos casos ha sido necesario revisarlas periódicamente.

Sin embargo cuando queremos entrar en el terreno de la toma de decisiones clínicas, esto parece no estar tan claro.

Este trabajo hará referencia a **competencia para la toma de decisiones en salud**, situación que deberá ser evaluada para cada decisión en particular, en cada sujeto y en cada contexto específico. Esta primera advertencia nos pone a resguardo de la idea pragmática de pensar un "método" de evaluación que agrupe a los sujetos en competentes, por un lado, e incompetentes por el otro o de que exista un **nivel** o **umbral** fijo de competencia; de igual modo evitará que se considere a este concepto como sinónimo de capacidad legal.

Diremos además con Gracia que debe haber presunción de competencia. Es decir, toda persona es competente para decidir sobre su cuerpo y su salud hasta que se demuestre lo contrario y no hay una condición particular, ni hábito de vida, (toxicómanos, alcoholismo, etc), que coloque al sujeto fuera de este sitio, por sí mismo, salvo que así sea demostrado previamente¹⁴. Toda persona será competente para tomar, al menos, ciertas decisiones, (las que esté en condiciones de tomar).

Ha sido la Bioética norteamericana la que ha producido una enorme cantidad de material en referencia a la competencia, con lo cual parece necesario revisar los criterios que se han empleado para evaluarla.

Diremos en primer lugar, cuales son los elementos necesario que deben ser considerados al evaluar la competencia en la práctica clínica.

Faden y Beauchamp han propuesto unos estándares que deben considerarse en cualquier intento por elaborar un método de evaluación de competencia:

- 1.- El contexto
- 2.- Capacidades relevantes (también llamadas "criterios")
- 3.- Estabilidad y variabilidad, (grado de presencia de ellas necesario)
- 4.- Grado de posesión de las mismas, ("estándares")
- 5.- Cómo se evalúan empíricamente esas habilidades, (es decir los protocolos de evaluación).

Se revisará ahora el desarrollo que la evaluación de competencia en la toma de decisión en salud ha tenido en los últimos años, (en particular en la Bioética Norteamericana).

¹³ Roth, Loren H., M.D., Meisel, Alan, J. D., and Lidz, Charles W., PH.D. "Test of Competency to Consent to Treatment". Am J. Psychiatry. 134: 3, March, 1977, pp.: 279- 284..

¹⁴ Gracia, Diego. "The evaluation of incapacity as a practical judgement or as an epistemological problem" Comunicación personal del autor. Véase también: Gracia, Diego. "El retraso mental en ...". Op Cit (5).

Criterios para la determinación de competencia.

Probablemente los primeros antecedentes en el intento de establecer unos requisitos para la evaluación de la competencia de los pacientes fueron emergiendo en la segunda parte de la década del setenta, cuando la doctrina del C.I. tomaba forma.

Inicialmente los dos grandes terrenos del debate fueron como ya se dijo la revelación de información y el consentimiento válido.

La competencia para tomar las decisiones fue abordada con posterioridad, cuando el CI se empezó a implementar en la práctica con más frecuencia.

Ya en 1977 Siegler, un médico bioético, describió algunos factores que influirían legítimamente en la decisión de un médico en cómo manejar los deseos de los enfermos críticos,¹⁵ :

- 1.- La capacidad del paciente para tomar opciones, (racionales), sobre su asistencia.
- 2.- La coherencia del paciente con sus valores.
- 3.- La edad .
- 4.- El tipo de enfermedad.
- 5.- Las actitudes y valores del médico responsable de la dedicación .
- 6.- El contexto clínico.

Siegler presuponía que es el médico quien decidirá qué hacer con los deseos del paciente.

Son los dos primeros puntos los que aquí interesan, más allá que los demás estén íntimamente relacionados. De acuerdo al comentario de Beauchamp y Mc Cullough sobre los mismos se definen estos dos puntos de la siguiente manera:

Factor 1: es competencia del paciente para ejercer la "capacidad de discriminar y elegir", inteligencia y racionalidad y dicen: "...*El paciente debe captar y apreciar los hechos relacionados con la situación actual, su Diagnóstico, lo que implicaría para su enfermedad el seguir un tratamiento y el no hacerlo y, también, el pronóstico con tratamiento y sin él* ",

Factor 2 : Es lo que Siegler llama "personalidad basal" del paciente, (la personalidad, el carácter, las ideas y las creencias del paciente), "... *la personalidad basal es el comportamiento normal, coherente del paciente, así como su "compromiso, manifestado a lo largo del tiempo con ciertos valores"*, la coherencia con los valores propios y la independencia con los demás .

En 1977, Roth, Meisel y Lidz, tres especialistas en el tema de C. I., de la Universidad de Pittsburgh,¹⁶ resumieron en un trabajo todos los tests o criterios que habían sido usados por la jurisprudencia norteamericana hasta entonces, para determinar la competencia de un paciente para dar su consentimiento, y los empleados en la clínica, agrupándolos en cinco estándares de evaluación.

Ellos determinaron que una persona debe ser considerada competente "*si está en condiciones de comprender la naturaleza de la conducta particular en cuestión y de comprender las cualidades y consecuencias que de ella devengan*". Ya entonces sostienen que los test de competencia varían de un contexto a otro y que no tiene una relación directa con las enfermedades mentales.

Estos autores analizaron el concepto de competencia como elemento de lo que consideran una *decisión legalmente válida* y propusieron unas variables *para que esta decisión se cumpla* : 1- provisión de información, 2-competencia y 3-comprensión, 4- Una precondition : la voluntariedad y 5- una consecuencia del proceso: consentimiento o rechazo,¹⁷

Los cinco criterios propuestos por Roth, Meisel y Lidz son los siguientes:

¹⁵ Siegler, Mark. "Critical Illness: The limits of Autonomy". The Hasting Center Report, 7: 12-15. Octubre, 1977, en Beauchamp, T, Mc Cullough, L. "Etica Médica... ". Op Cit (6), p.132.

¹⁶ Roth, L., Meisel, A., Lidz, Ch. "Test of Competency to..." Op Cit (13).

¹⁷ Meisel, Alan J.D, Roth, Loren H., M.D., and Lidz, Charles W.. PH.D. "Toward a Model of the Legal Doctrine of Informed Consent". Am J Psychiatry. 134: 3, March 1977.

1.- **Evidencia de una elección.** Bajo este test un paciente es competente si evidencia una preferencia por o en contra de un tratamiento. Como se ve, la exigencia requerida es mínima.

2.- **Resultado "razonable" de la elección.** Evalúa " la razonabilidad, la corrección o la responsabilidad de la decisión ". Pone el acento en el resultado de la decisión y no en el proceso por el cual llegó a él. Se refiere también a si la decisión es congruente con lo que una "persona razonable" tomaría en iguales condiciones.

3.- **Decisión basada en motivos racionales,** (no debidos a enfermedad mental). Cuenta aquí las características o cualidades del "pensamiento" del paciente. No es un test de fácil aplicación debido a que incluye una apreciación sobre lo que es racional y lo que no lo es. Trata de evaluar el proceso de razonamiento del paciente más que el resultado.

4.- **Capacidad de comprensión.** Se refiere a que el paciente es capaz de comprender los elementos de la información que (la ley presume) son una parte en la toma de decisiones sobre el tratamiento. La forma en que el paciente pesa y compara estos elementos para tomar una decisión no es necesariamente tenido en cuenta. .

En este último estándar o test se ha llamado la atención respecto de los aspectos subjetivos, del paciente, y objetivos, del profesional, que intervienen para que el paciente comprenda,¹⁸

5.- **Comprensión real y completa de ese proceso.** Este test propone el nivel más alto para tomar decisiones. Evalúa la comprensión de la situación y de la información recibida y la forma en que ha llevado adelante el proceso de toma de decisión. Pero es subjetiva la valoración de cuán complejo sea el nivel de comprensión requerida. Esto depende del evaluador .

Estos autores también propusieron tres variables útiles para evaluar estos tests o criterios,¹⁹

1) **Su aplicabilidad en la práctica**

2) **Su grado de comprensión por quienes debían aplicarla**

3) **La ecuanimidad que ofrecían entre el respeto por la autonomía y la terapéutica más adecuada.**

Lo que quedó claro de esta revisión era que dependiendo del contexto y una serie de factores particulares relacionados con el tipo de decisión tomada, es decir con la consecuencia de la decisión del paciente, era el estándar que se utilizaba en la práctica.

En 1978 fue formada en EE.UU. una Comisión Presidencial con el objeto de investigar y trabajar en las cuestiones éticas de la práctica de la Medicina contemporánea. Antes, ya se había definido en el Informe Belmont²⁰, lo que se entendía por persona autónoma, pero sin profundizar sobre el tema de la toma de decisión. Esta Comisión publicó sus resultados a fines de 1982, en un Informe llamado Making Health Care Decisions, los que estaban agrupados en 11 diferentes problemas éticos.

Así mismo se recomendó la aplicación de algunos principios a todos los temas bioéticos, como es el principio de respeto por el paciente y su aplicación concreta en el derecho al C. I. Pero surgieron temas en que las opiniones no fueron concordantes como el de competencia o como allí se le llamó "capacidad para elegir", (*capacity to choose*),²¹

La Comisión Presidencial definió los criterios para la determinación de competencia como sigue:

1- **La posesión del paciente de una escala de valores en qué fundamentar sus decisiones.**

2- **Capacidad para comprender y comunicar información**

3- **Capacidad para razonar y discutir acerca de la propia opción.**

Los criterios con los cuales trabajó la Comisión respondían al pensamiento de la Bioética Norteamericana y descartaban taxativamente aquellos criterios que pretendían considerar el tipo de

¹⁸ Lorda, Pablo S.; Concheiro Carro, L. "El Consentimiento Informado. Teoría y Práctica" (I y II)". Medicina Clínica, Vol. 100. Num. 17, Barcelona, 1993, pp.: 1659-663.

¹⁹ Lorda, Pablo S. "La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas", en Feito, Lidya. "Estudios de Bioética". Universidad Carlos III, Madrid, 1997, pp.: 119-154.

²⁰ "The Belmont Report. Principios Éticos y Recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación". Ensayos Clínicos en España (1982-1988), Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría general Técnica. Graficum, S. A, Madrid, 1990. Este informe fue la conclusión final elaborada en 1978 por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and behavioral research, que se constituyó en EEUU con el objeto de establecer los principios morales que debían ser considerados en la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina.

²¹ "President's Commission for the...", Op Cit (10).

decisión final tomada por el paciente y que la misma fuera o no "razonable", (las agrupadas en el punto 2 de Roth, Meisel y Lidz), así como a los de muy baja exigencia como el 1ro de Roth. Se tuvieron en cuenta, algunos relevamientos empíricos de mucho valor que demostraban que los criterios empleados hasta entonces terminaban por considerar a todos los pacientes como incapaces y que las escalas tenían poca aplicabilidad,²².

Un nuevo grupo de psiquiatras de la Universidad de Pittsburgh, entre ellos Paul Appelbaum y Roth, habían trabajado intensamente desde el año 1978 y hasta el 82 acerca de estos criterios. Inicialmente lo hicieron en el terreno de la investigación científica, para lo cual idearon criterios de aplicación y finalmente trabajaron en la evaluación de competencia de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas con presuntas internaciones voluntarias. De estos estudios se detectó que un alto porcentaje de estos pacientes no superaba los estándares mínimos para considerarlos competentes a pesar de ser internados como voluntarios²³.

La evaluación que propuso la President Commission consideraba la estructura del procedimiento de toma de decisión y de argumentación que utiliza el paciente, y no el resultado de ese proceso. Dejaba, por otro lado, sin establecer la cuestión de qué estándares utilizar para la aplicación de cada uno de los criterios,²⁴ no era útil, finalmente para resolver si la decisión de un paciente en particular debería ser respetada o no considerada debido a incompetencia.

La Enciclopedia de Bioética en 1978, había establecido que la evaluación de la competencia debía hacerse sobre bases individuales, en cada persona particular,²⁵ lo que venía a apoyar lo antes referido.

Appelbaum y Roth, hicieron importantes aportaciones a esta temática. Ellos evidenciaron los factores clínicos que afectan la evaluación de competencia por un psiquiatra sin tomar en cuenta el estándar que se emplee²⁶, y describieron cinco factores potenciales:

1- **Factores psicodinámicos.**

En la evaluación de competencia debería hacerse una valoración de las bases psicodinámicas de la decisión del paciente, especialmente si se trata de rechazo al tratamiento propuesto. La ansiedad, el temor, la angustia u otros sentimientos o reacciones que la revelación de información pueda genera en él deberían ser analizados en función de estos factores.

2- **La información provista por el paciente.**

La historia relatada por el paciente al terapeuta que lo evalúa puede no ser real. Pueden existir construcciones ilusorias o alucinatorias. Debería entonces constatarse el relato del paciente con un familiar o persona vinculada que conozca su comportamiento habitual.

3- **La información revelada al paciente.**

Debería siempre conocerse la cantidad y calidad de información que el médico tratante le brindó al paciente. Puede considerarse como "falta de comprensión " algo que en realidad fue mal explicado. El terapeuta debería estar presente en el momento de la explicación o de una reexplicación al paciente.

4- **Estabilidad del estado mental del paciente.**

La competencia, como el estado mental de un paciente, no es algo fijo y puede fluctuar en función del curso natural de su enfermedad, de la respuesta al tratamiento instituido, de factores psicodinámicos, del estado metabólico, etc. Proponen entonces que no se puede realizar una evaluación en un único acto, sino que deberían ser necesarias varias sesiones. Como mínimo dos encuentros en días diferentes.

5- **Efectos de la situación.**

Pueden existir factores interpersonales, por ejemplo entre médico y paciente que afecten la capacidad del paciente para tomar decisiones. Lo mismo puede suceder en la relación con el terapeuta que evalúa.

²² Appelbaum, Paul, Roth, Loren H., "Clinical Issues in the Assesment of Competency". Am J. Psychiatry, 138: 11, November, 1981, pp.: 1462- 1467; véase el comentario de Lorda, Pablo S. en "La evaluación de..." Op Cit (19).

²³ Appelbaum, Paul, Roth, L., Ibid, y Appelbaum, P; Mirkin, Stuart; Bateman, Alan. "Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization. Am J Psychiatry, 138: 9, Set 1981, pp.: 1170- 1176.

²⁴ Lorda, Pablo S. "La evaluación de..." Op Cit (19).

²⁵ Lebacqz, Karen and Levine, Robert. "Informed Consent in Human Research. Ethical and Legal aspects". Warren T. Reich, ed., Encyclopedia of Bioethics, New York, The Free Press, 1978, vol. 2, pp.: 751-762.

²⁶ Appelbaum, P. , Roth, L. "Clinical Issues in..." . Op cit (22).

En 1984 James Drane publicó un modelo para evaluación clínica, donde sostenía "*La evaluación de competencia pone su acento sobre la capacidad mental del paciente, específicamente, la capacidad mental para tomar decisiones médicas informadas*"²⁷, y remarca la necesidad de realizar la evaluación de competencia con los dos objetivos que ya habían sido presentados por la Comisión Presidencial con anterioridad, (calificar a una persona competente para que participe en las decisiones sobre su tratamiento y proteger a una persona incompetente de los efectos nocivos de una mala decisión).

Drane propuso entonces lo que él llamó una "escala móvil". Esto venía a romper con el modelo tradicional que se usaba en Psiquiatría que empleaba "Test de criterio único" para estas evaluaciones, (los llamados Test tipo de "nivel mental" como "serie siete", copia de figuras geométricas, interpretación de proverbios o test de ubicación témporo espacial y personal)²⁸.

La idea de Drane es la de "vincular la determinación de competencia con diferentes situaciones médicas", (agudas y crónicas, críticas y no críticas) y establecer tres estándares de evaluación que tienen su correlación con tres diferentes tipos de anormalidades psiquiátricas que habitualmente disminuyen la competencia y relacionarlos con el tipo de decisión que se debe tomar.

Este modelo logra por primera vez integrar visiones de distintas disciplinas académicas aunque tiene un objetivo fundamentalmente pragmático: "*proveer una guía practicable para la toma de decisión clínica.*"

Hubo también otras propuestas como fueron las de Buchanan y Brock,²⁹.

La idea de J. Drane prevé cierta movilidad de lo que se conoce como umbral de competencia y se ha llamado por esta razón "escala móvil". Es móvil porque cambia según una serie de condiciones. Los tres niveles previstos por Drane se modifican según tres elementos

1.- Tipo de decisión característica, (según sean tratamiento eficaces o ineficaces, podrán consentir o rechazar, evaluando el resultado de la opción)

2.- Requisitos de capacidad que se consideran necesarios para tomar estas decisiones:

Nivel 1

1. Conciencia básica de la propia situación

2. Asentimiento explícito o implícito a las opciones que se le proponen.

Nivel 2

1. Comprensión de la situación médica y del tratamiento médico.

2. Capacidad de elección basada en las expectativas médicas.

Nivel 3

1. Comprensión reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento.

2. Decisión racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados.

3.- Finalmente aporta algunos estados mentales propios de cada nivel que condicionan capacidad o incapacidad.

Esta escala fue revisada y mejorada posteriormente, pero se ha constituido en el modelo que prácticamente se reconoce en la Bioética para estas evaluaciones.

Drane hace referencia a la necesidad de realizar estudios en terreno para evaluar casos que pudieran no incluirse y la necesidad de continuar debatiendo acerca de esta temática.

Se ha reconocido que la adopción de criterios múltiples de competencia y el uso de una escala móvil no elimina la probabilidad de que se hagan juicios de valor en el proceso de evaluación de la competencia³⁰. Porque en esta escala no es el propio paciente el que elige el estándar que se

²⁷ Drane, James F. "Competency to give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assessment". JAMA, 252:925-927, 1984 y Drane, James "The many faces of competency". The Hasting Center Report, Abril 1985, pp:17-21.

²⁸ Macklin, Ruth. "Determinación de la incompetencia" en Dilemas. Ed. Atlántida. Bs. As., 1992, pp.: 107- 123.

²⁹ Buchanan, A; Brock, D.W. "Deciding for others. The ethics of surrogate decision making". Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1989. pp. 71- 72; en Lorda, P. "La Evaluación de..." Op Cit (19), p.:139.

³⁰ Macklin, R. "Determinación de..." Op Cit (28).

empleará para él sino que es el médico el que selecciona el estándar, de mayor o menor exigencia, para cada situación clínica.

Por otro lado la Categoría 1 podría ser reemplazada por el “criterio de Beneficencia” propuesto por Beauchamp y Mc Cullough, ya que aunque esta categoría protege al individuo de que se le realicen tratamientos ineficaces, lo que no es poco; en el caso de un tratamiento eficaz no habría posibilidad de rechazo, y probablemente sea lo correcto, pero no es entonces una decisión que pueda tomar el paciente, es un nivel de asentimiento. Como bien establece Donna Mackinson “*parece una hipocresía, como ocurre con los niños, "otorgarles" el derecho al Consentimiento y simultáneamente prohibir que rechacen tratamientos*”.

En los años siguientes se ha desarrollado en EE.UU. con mucha fuerza una tendencia a hacer las evaluaciones de competencia sobre bases biológica y no tanto psicológicas. Se consideran funciones neurológicas, (atención, lenguaje, memoria, etc.) más que afectivas. Probablemente esto se vincula al fuerte desarrollo de las teorías neurobiológicas como fuente de explicación etiológica de la enfermedad mental que, en EE.UU. tiene sus máximos exponentes.

Surgieron así diversos tests que aún hoy se emplean, de fácil manejo en la práctica y de resultados objetivos y cuantificables pero de dudosa eficacia en referencia a una auténtica evaluación del proceso de toma de decisión y al concepto de competencia antes desarrollado³¹.

Algunos de los límites y peligros de este tipo de tests fueron planteados por Buchanan y Brock cuando afirmaron : a) procuran un análisis muy genérico de la función mental, que no necesariamente está relacionado con la decisión en concreto que el paciente debe tomar; b) tienen sensibilidades y especificidades variadas, que hay que tener en cuenta; c) algunos daños neurológicos circunscriptos, pero relevantes para la toma de decisiones, pueden no ser detectados; d) el área afectiva de tanta importancia para la toma de decisiones es, con frecuencia, ignorada o mal evaluada por estos tests,³².

En los últimos años se han propuesto nuevas alternativas para evaluar la competencia, intentando simplificar y desburocratizar una cuestión que en muchos casos pretende derivarse directamente a la justicia, lo que retrasa y hace inefectivas las decisiones.

De igual modo, se han elaborado distintos modelos prácticos que tratan de superar algunas de las dificultades aquí propuestas y reflotan el rol principal de la relación médico paciente y el lugar protagónico del médico tratante en la evaluación de competencia,³³.

En nuestros países no es mucho lo que se ha trabajado en este sentido. Existe sin duda una preocupación generalizada, en el ambiente médico en los casos que el consentimiento informado quiere aplicarse y el paciente está en estado limítrofe, y en los ámbitos de la Bioética, porque la falta de desarrollo de estas temáticas podría debilitar la práctica del CI.

Temas abiertos

Se abordará finalmente una perspectiva de análisis de esta problemática que no refiera únicamente a la cuestión pragmática de la evaluación .

El concepto en sí de competencia nos pone ante una problemática compleja.

Si al hablar de sujeto competente se está haciendo referencia a lo que se entiende por sujeto moral autónomo, veremos las enormes connotaciones interdisciplinarias que de este concepto derivan. Simón Lorda sostiene que la competencia es “*aquel estado psicológico empírico en que podemos afirmar que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia identidad individual, esto es, de su autonomía moral personal*”³⁴, y dice más “*de algún modo, la capacidad, (competencia) es la forma operativa o funcional de ese otro concepto más filosófico que es la*

³¹ Lorda, Pablo S. “La evaluación de...” Op Cit (19), p.:138.

³² Buchanan, A; Brock, D.W. “Deciding for...” , Op Cit (29).

³³ Beauchamp, T.; Mc Cullough, L. "Ética Médica. Las responsabilidades..." Op Cit (6), p.: 53.

³⁴ Lorda, Pablo S. “La evaluación de...” . Op Cit (19), p.:120.

*autonomía moral personal , un atributo del hombre como ser en la potestad de estar en la vida dándose a sí mismo el sentido y la norma de la existencia”*³⁵.

Véase cómo muchos de los autores que se esfuerzan en establecer los rasgos que definen el concepto de “persona”, se refieren a los mismos criterios que son usados para definir la competencia,³⁶.

En estos inagotables debates se pretende establecer una definición y unos límites de aquello que es llamado la persona humana; límites, que si nunca estuvieron claros, en los últimos años lo están menos aún. Los confines de la vida (el principio y el fin) son buenos ejemplos de este terreno de profundo debate.

Al menos queda en claro que al hablar de persona se hace referencia a un individuo racional e histórico con lo cual, sujeto también a las condiciones socioculturales del medio y el tiempo en el que se desenvuelve.

Desde este enfoque la idea de competencia es eminentemente cultural y social y las formas de evaluarla deberán tener esto en cuenta

Esto nos pone ante un nuevo tipo de dificultades referidas a las condiciones contextuales que determinan al sujeto que toma decisiones en salud y bajo las cuales se analiza el concepto de competencia para llevarlas a cabo.

¿Podemos plantear criterios universalizables para definir la competencia o se considerará que en una sociedad medicalizada, dominada, y empobrecida, el sujeto competente lo será bajo estas características y no otras y son estos rasgos los que emergerán de nuestras evaluaciones de un sujeto racional y libre?.

Veamos en primer lugar el proceso de medicalización de la cultura y la construcción de realidades sociales a partir de los enunciados de la medicina.

Es sabido que sociedad y ciencia interactúan constantemente, pero la ciencia "modela" conductas sociales y la medicina por su parte determina qué es lo "normal" y qué se ha transformado en un "problema " médico o sea en una enfermedad: *“la medicina medicaliza la realidad, crea un mundo peculiar y traduce conjuntos de problemas a su propia terminología”*,³⁷ clasifica, diagnostica y trata, y en tanto esto determina cuestiones no solo de autonomía sino también de justicia distributiva al establecer cuándo un problema es una enfermedad, debe recibir tratamiento y cuál será este tratamiento.³⁸

Probablemente hasta las leyes beben para su fundamentación de las nociones que aporta la medicina. El modelo natural positivista de la medicina intentó clasificar y denominar los problemas y dificultades humanas como enfermedades y estas clasificaciones determinaron y determinan aún hoy el rol que el sujeto incluido en ellas ocupará en su medio social luego de ser clasificado.

Por otro lado el contexto cultural, político y social presiona también sobre la forma en que estas clasificaciones son diseñadas, (véase sin ir más lejos el lugar que ha ocupado en las clasificaciones de enfermedades psiquiátricas la homosexualidad en los últimos dos siglos hasta llegar a la actualidad en que ha dejado de ser considerada una patología)³⁹.

Incluso se ha afirmado que *“es muy difícil definir la enfermedad mental, por el hecho de que los criterios cambian de una época a la otra y de un lugar al otro y que el ritmo de trabajo, el estrés y la estructura sociológica de la vida moderna han creado desórdenes psíquicos de un género nuevo”*,⁴⁰.

³⁵ Lorda, Pablo S. “La evaluación de...” . Ibid

³⁶ Véase Warren, Anne. “Sobre el status moral y legal del aborto” en Luna, S.; Salles, A. “Decisiones de vida y de muerte”. Ed. Sudamericana, pp: 186-204; también English, Jane. “El aborto y el concepto de persona, Ibid: pp:205- 215 y Sumner, Wayne. “El aborto” Ibid: pp:216- 225.

³⁷ Engelhardt, H. Tristram. “Los fundamentos de la bioética”. Paidós Ibérica, S.A, Buenos Aires, 1995, p.: 205.

³⁸ Engelhardt, H.. “Los fundamentos...” Ibid.

³⁹ Engelhardt, H.. “Los fundamentos...” Ibid.

⁴⁰ “Recomendaciones Relativas a la Situación de los Enfermos Mentales”. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 1977.

Lo que llamamos una definición social de la competencia evidentemente refleja modelos sociales medicalizados y depende del grado de penetración que el poder médico tenga en distintos contextos sociales y culturales.

Vale preguntarse aquí si las decisiones de los sujetos competentes reflejan realmente una escala personal de valores o si estos valores están profundamente influidos por la propia medicina. Una medicina que hoy se encuentra francamente “dominada” por intereses económicos de capitales internacionales de los que dependen las nuevas tecnologías y la administración de los servicios de salud. Así lo que antes eran los “dictados de la medicina” como acabado reflejo de lo que la ciencia determinaba, hoy parece estar bastante contaminado por intereses que poco tienen que ver con los de los pacientes.

Ya advirtió en este sentido A. Cortina, que el neocolonialismo plantea una reformulación de los modelos de dependencia no solo ya económica sino antropológica y casi metafísica, porque “*supone condenar a la heteronomía a una inmensa capa de la población ya que solo unos pocos decidirán por otros, metas últimas como las de la evolución*”⁴¹.

Véase sino como en un contexto totalmente desmedicalizado como puede ser una población indígena, es probable que sean considerados todos sus habitantes incompetentes, marcando la relación entre medicalización y competencia.

El segundo punto, en lo que respecta al contexto, debe introducir a la cuestión de las particularidades de los países de América Latina. Por un lado el marco sanitario en el que se desarrolla la práctica de la medicina. Un modelo mercantilizado, desregulado y sin normativas, con profesionales de la salud mal remunerados. Donde existen capas de población sin acceso a la salud y otras que solo acceden parcialmente a los sistemas sanitarios. Donde la pobreza y las condiciones de vida son fuertes determinantes de la mortalidad y morbilidad de la población, donde los pacientes reciben información insuficiente y el Consentimiento Informado tiene escaso desarrollo.

Estos factores podrían poner en cuestión la importancia de la autonomía en estos países donde las problemáticas vinculadas a la Justicia distributiva adquieren mayor jerarquía y relevancia que las referidas a los derechos individuales. Sin embargo hay terrenos en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo, donde la autonomía de los pacientes expresada a través del C. I. debe ser considerada una reivindicación insoslayable:

a.- En el terreno de la investigación en seres humanos donde los protocolos no siempre son suficientemente rigurosos con el C. I. de los individuos que participan en ensayos clínicos, donde no siempre se cumplen con las normativas establecidas en los Códigos Internacionales, por la ausencia en muchos países de legislaciones que regulen la investigación en seres humanos,⁴².

b.- En la falta de regulaciones en la utilización de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, que en el marco de una economía de mercado, hace necesario reforzar el derecho al C.I. de los pacientes y por tanto su autonomía para decidir.

c.- En la alternancia de gobiernos democráticos con regímenes totalitarios que periódicamente avasallan los derechos humanos, y que impiden el desarrollo continuo del proceso de consolidación y afianzamiento del ejercicio de dichos derechos en las comunidades y la conciencia de pertenencia que este ejercicio genera, lo que se constituye en un elemento más para trabajar en ellos.

⁴¹ Cortina, Adela. "Ética Aplicada y Democracia Radical". Ed. Tecnos SA, Madrid, 1993, p.: 259.

⁴² Drane, James F. et al. "Medical Ethics in Latin America: A new interest and commitment". Kennedy Institute of Ethics Journal. Vol I, Number 4, 1991. pp 325-338. en Bioethics Yearbook. Volumen 2. Regional Development in Bioethics 1989-1991. The Center for ethics, Medicine and public issues. Kluwer Academic Publishers. Houston, Texas. Véase también: Serrano La Vertu, Diana; Linares Ana María. Principios Éticos de la Investigación Biomédica en Seres Humanos: Aplicaciones y Limitaciones en América Latina y El Caribe. Bol. of Sanit Panam. 108, (5-6), O.P.S. Washington. 1990. y Tealdi, Juan Carlos; Pis Diez, Gustavo; Esquizable, Oscar. Latin American Development 1991-1993. Bioethics Yearbook. The Center for Ethics, Medicine and public issues. Kluwer Academic Publishers. Houston, Texas.

Finalmente, otra cuestión en referencia a la realidad regional la constituye cómo se ha ido perfilando la ética y el ethos médico latinoamericanos, los que según afirma Mainetti, se basan en un trípode a saber ⁴³:

- * la teoría de la ley o derecho natural como fundamento de la moralidad.
- * el principio de la santidad o inviolabilidad de la vida humana como criterio moral.
- * el mandamiento del amor o virtud de la caridad como regla de oro.

Lo que evidencia la profunda influencia de la tradición católica en ella. Mainetti sostiene que *“los países Latinoamericanos no han protagonizado la revolución bioética, sea por su origen, por su historia, por su condición de subdesarrollo, y mucho menor progreso científico técnico de la medicina y por ello cuentan con un perfil bioético que corresponde a una racionalidad pretécnica y a una moral cerrada”* ⁴⁴.

Existe así un modelo de relación médico paciente y medicina sociedad de tipo paternalista (reforzamiento del rol sacerdotal del médico de la tradición Hipocrática), y beneficentista (modelo de responsabilidad médica "favorecer o al menos no perjudicar") que en general, no tiene en cuenta el principio de Autonomía.

Es la herencia filosófica del sur de Europa la que le ha dado a la tradición moral de América Latina una base racionalista y principalista, más que libertaria e individualista como la América anglosajona, ⁴⁵. Así se ha caracterizado como un ethos naturalista, paternalista, dogmático y autoritario.

Bajo estas condiciones se plantea la imposibilidad de trasladar modelos de desarrollo de un lugar a otro, de un país a otro o de una cultura a otra. Estos intentos terminarían necesariamente en fracasos que a veces resultan incomprensible en el afán de desarrollar procedimiento, métodos o legislaciones para las cuales la cultura local no se encuentra preparada.

Es probable entonces que en el contexto antes descripto para Latinoamérica sea necesario rescatar algunos principios de la ética de la virtud que permanecen insertos sólidamente en la RMP y que en nuestro medio pueden resultar casi transformadores como generadores de un modelo de toma de decisión compartido, tal vez menos autonomista pero con un perfil regional auténticamente transformador.

Para terminar diremos que cuando nos proponemos crear métodos prácticos para determinar la competencia. Emergen dos tipos de conflictos

* El primero es en referencia a la posibilidad de establecer una regulación más o menos generalizable, es decir una ley en referencia al tema. Parece muy difícil englobar en una ley una cuestión que tiene enorme cantidad de variantes, casi tantas como individuos hay. Tal vez el vacío legislativo existente sea más una actitud criteriosa y prudente que un verdadero vacío. Del mismo modo parece muy complejo incluir los estándares o criterios considerados para definir la competencia en una ley sobre Consentimiento Informado.

* El segundo conflicto es en referencia a la posibilidad real de emplear escalas, criterios o estándares de evaluación más o menos rigurosas para establecer la competencia de los pacientes para tomar decisiones. Esto haría pensar que existiría algún procedimiento, escala o método, útil para realizar estas evaluaciones. Existen posiciones que sostienen que cualquier intento de cernir este tipo de evaluación a unos criterios rígidos, falla en considerar las particularidades propias de cada individuo, de cada situación y de cada realidad.

Así también no ha habido consenso en la forma de evaluar estas escalas o instrumentos para corroborar su utilidad de forma sistemática u su aplicabilidad en distintos contextos.

⁴³ Mainetti, José A. "Bioética en América Latina", en "Estudios Bioéticos". Nro 1, Editorial Quirón, La Plata, 1993, pp.: 145- 165..

⁴⁴ Mainetti, José A. "Bioética en...", Ibid.

⁴⁵ Gracia, Diego. "The Intellectual Basis of Bioethics on Southern European Countries". Bioethics. Vol.7, Number 2-3, USA, 1993.

* El tercer problema en la aplicación, muy vinculado al anterior, es sobre qué aspectos deberán evaluarse de la competencia en cada paciente en particular ya que existen diferentes tendencias, (biologistas, psicologistas, comunitaristas, etc.) en la preponderancia que se les da a unos criterios respecto de otros para esta evaluación.

Queda el interrogante final sobre quien debe ser el responsable de realizar la evaluación de competencia de un paciente: el médico de cabecera, el psiquiatra, un perito judicial. el juez, etc., lo que plantea un problema de procedimiento a considerar.

Esto nos pone ante el desafío enorme de crear un método de evaluación acorde a nuestros pacientes competentes y a nuestra realidad latinoamericana.

Quedan muchas preguntas por formular y no podrá aquí desarrollarse una propuesta contextual y de procedimiento, pero diremos que, a pesar de las “advertencias” realizadas más arriba estamos ante una problemática abierta a nuestra propia creatividad, que debe ser abordada con premura.

Definir rigurosamente quién es competente y quien no, ubica a una sociedad medicalizada ante la posibilidad de que diferentes formas de "poder" limiten la libertad de los individuos, para este caso a decidir sobre su propia salud. Pero dejar librados estos límites a cada momento o situación coyuntural en países dominados, pone en riesgo la seguridad de los individuos. La existencia de regulaciones protege a aquellos declarados incompetentes de abusos no deseados.

Por todo ello, construir límites para la demarcación de este territorio tan conflictivo, significa introducirse en un debate que no pertenece, como ya se ha visto a la medicina o, al menos no solo a ella, sino a la mayor parte de las ciencias sociales que se ocupan de la conducta humana y de las cuestiones del poder. Aún más complejo es el esfuerzo de elaborar una propuesta desde una perspectiva regional, transformándose esto en una urgente obligación para la joven Bioética Latinoamericana y planteando nuevos rumbos de investigación y debate interdisciplinario.

Dra. Susana M. Vidal
