

EL ENCUENTRO CLÍNICO Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN: POR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

THE CLINICAL MEETING AND THE RIGHT TO INFORMATION: FOR INFORMED CONSENT.
A ASSEMBLÉIA CLÍNICA E O DIREITO À INFORMAÇÃO: PARA O CONSENTIMENTO INFORMADO.

David Aguilera Fernández, Ramiro Délio Borges de Meneses¹

Fecha de recepción: 11.11.2017

Fecha de aceptación: 15.01.2018

RESUMEN:

Objetivo: Conocer cómo es la relación entre el clínico y el paciente a la hora de proporcionar la información que concierne a la salud del usuario, teniendo en cuenta el Derecho de información. *Diseño:* Revisión bibliográfica. *Materiales y Métodos:* La búsqueda incluyó publicaciones que no superaran los 10 años de antigüedad y cuyo texto completo fuese encontrado, centrándose principalmente en revisiones sistemáticas. La búsqueda de revisiones sistemáticas actualizadas en el ámbito de estudio elegido a través de: La Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed Health, Metabuscadores como Trip, Bases de datos bibliográficas como CUIDEN, PubMed y Otras fuentes como Google académico y revistas. Los estudios seleccionados fueron sometidos previamente a un programa de habilidades de lectura crítica (CASPe), cuyas puntuaciones fueron superiores a 7.

Resultados principales: La información es un proceso, se trata de diálogo, dicha información y la obtención del consentimiento informado puede variar entre los pacientes, resultando fácil y rápido en algunos casos y en otros puede requerir tiempo. El clínico debe proporcionar tiempo para que el paciente asimile la información y exprese las dudas y preguntas que le surjan. Por ende, el clínico debe esforzarse durante el diálogo, comunicándose e informando, para dar forma y ver los límites del proceso y dar aclaración al consentimiento del paciente.

Conclusiones: Es un compromiso con la bioética, por parte de todos los clínicos implicados en la atención a la salud, asumir el compromiso de la reflexión filosófica sobre todos aquellos dilemas éticos que en la práctica diaria van surgiendo. La comunicación debe ser una herramienta básica para la relación entre el clínico y el paciente, usándose posteriormente en una deliberación moral. El clínico debe fomentar para ello: la exploración continua sobre su paciente sin dar nada por hecho, identificar las preocupaciones que el paciente puede estar viviendo, fomentar la actitud empática, actuar desde la congruencia y proporcionar la creación de un vínculo terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Información clínica, consentimiento informado, paciente y leyes.

¹ Ramiro Delio Borges de Meneses. Investigador do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto. Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Saúde do Norte (Gandra e Famalicão) – Portugal. Correo electrónico borges272@gmail.com

SUMMARY

Objective: To know how the relationship between the clinician and the patient is in providing the information that concerns the health of the user, taking into account the *Right of Information*. *Design:* Bibliographic review. *Materials and Methods:* The search included publications that it did not exceed ten years of age and whose complete text was found, focusing on systematic reviews. The search for updated systematic reviews in the chosen field of study through: *The Cochrane Library Plus, Pubmed Health, Metabuscadores* such as Trip, *Bibliographic databases* such as CUIDEN PubMed and other sources such as Google academic and magazines. The selected studies were previously submitted to a critical reading skills program (CASP), whose scores were higher than seven. *Fundamental Results:* Information is a process, it is about dialogue, this information and obtaining informed consent can vary among patients, it is easy and fast in some cases and in others it may take time. The clinician should provide time for the patient to assimilate the information and express the doubts and questions that arise. Therefore, the clinician should strive during the dialogue, communicating and informing, to shape and see the limits of the process and clarify the consent of the patient. *Conclusions:* It is a commitment to Bioethics, on the part of all the clinicians involved in health care, to assume the commitment of philosophical reflection on all those ethical dilemmas that arise in daily practice. Communication should be a basic tool for the relationship between the clinician and the patient, and then used in moral deliberation. The clinician should encourage continuous exploration of his patient without giving anything for granted, identify the concerns that the patient may be experiencing, encourage the empathic attitude, act from the congruence and provide the creation of a therapeutic link.

KEYWORDS: Clinical information, informed consent, patient, and law.

INTRODUCCIÓN

Comencemos este apartado introductorio definiendo los distintos conceptos que conforman nuestro trabajo de búsqueda bibliográfica, para con ello aclarar los términos necesarios y sentar las bases de información del mismo. Entre dichos conceptos, conozcamos el de Derecho “Aquellas normas fundamentales o esenciales que inspiran y orientan al conjunto del ordenamiento jurídico, las cuales se encuentran explícita o implícitamente dentro de éste, y tiene la función primordial de integrar el propio ordenamiento jurídico supliendo las omisiones de la ley”. (1) El siguiente concepto que debemos conocer, es el de Información, dicho concepto ha sido analizado por múltiples investigadores, bajo la interpretación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos; “en un sentido amplio se considera que la información consiste en dar forma, estructura o significación a algo, o bien, poner al corriente, hacer partícipe o instruir. Sea como sea, la información tiene como objetivo la transferencia de conocimientos, integrándose ésta por un conjunto de datos (elementos referenciales acerca de un hecho) o signos”. (2)

A continuación, mostraremos el concepto de Derecho de la Información: “Aquella rama del Derecho que comprende el conjunto de normas jurídicas reguladoras de la actividad informativa y de la tutela efectiva del derecho a las libertades de expresión y de información en la forma en que se reconocen y quedan constitucionalmente establecidas”, concepto que engloba el objeto esencial del Derecho de la Información como Derecho regulador y protector de las libertades de expresión y de información reconocidas en la Constitución”. (3) Es importante saber distinguir derecho de la información con el derecho a la información: “En las preposiciones de y a reside su diferencia. Cuando hablamos del derecho de algo, nos referimos a la norma o normas jurídicas que regulan la materia de que se trate. Cuando hablamos del derecho a es que tenemos la facultad de hacerlo, obtenerlo o ejercerlo”. (4)

El derecho del paciente a la información está determinado por ley como ya ha quedado reflejado, pero desde el aspecto ético conviene que repasemos el significado de “derecho a la verdad”. Se reconocen tres acepciones sobre la interpretación del significado de verdad:

1. La primera podríamos denominarla la “objetiva”. Se trata de adecuar la palabra a la realidad material de los hechos (*aedequatio intellectus et res cognita*). Esta acepción proviene del mundo escolástico con S. Thomas de Aquino;
2. La segunda acepción del término “verdad” tiene matices estrictamente éticos.
3. La tercera acepción está muy vinculada a la anterior y viene a referir la “verdad” como un concepto relacional desde el doble matiz de fidelidad y confianza. Esta tercera acepción proviene de una raíz histórica tan importante para nosotros como es el mundo semita, el mundo judaico. Revisando algunos textos sagrados de los judíos (Antiguo Testamento) y/o de los cristianos (Nuevo Testamento) podemos encontrar expresiones tan sorprendentes como "la verdad os hará libres" (Jn 8, 32).

Existe evidencia que, en el ámbito sanitario, ante situaciones de diagnóstico y/o pronóstico grave, tradicionalmente se suelen alegar distintos argumentos para no decir la verdad a los pacientes, entre ellos:

- Engaño benevolente: “lo que uno no conoce no puede herirle y puede ayudarle”. Informar sólo añadiría un plus de ansiedad al paciente y esto es evitable. Es un planteamiento puramente consecuencialista;

- Los profesionales no conocen la “verdad completa” y, aunque la conocieran, muchos pacientes no comprenderían el objetivo ni las implicaciones de la información;
- Los enfermos con patologías graves y/o clínica de deterioro, incluso cuando dicen que quieren saber, en realidad prefieren no saber.

Acceder a la “verdad” es un derecho de todos los pacientes. Simplemente porque cada persona tiene derecho a decidir, con apoyo y conocimiento de causa, sobre aspectos tan importantes de su vida como el proceso de salud/enfermedad. Debemos seguir dos condiciones para asegurarnos que se cumplen las condiciones de este derecho:

1. Informar al paciente de *todo* lo que quiera saber y *sólo* de lo que quiera saber sobre su “verdad objetiva”, material;
2. Ofertarle “garantía de soporte” adecuada ante la fragilidad que supone la enfermedad y sus posibles complicaciones.

JUSTIFICACIÓN: un sentido y un valor

El motivo de realizar este trabajo ha sido, por una parte, la constancia recogida en la literatura, respecto a la necesidad sobre la aplicación correcta del derecho a la información del paciente, teniendo en cuenta los requerimientos del mismo, analizando desde una perspectiva integral (física, psicológica, social y espiritual) las posibilidades de información adecuada del paciente a tratar. Así mismo, se detectan datos en la literatura, sobre la relación entre el clínico y el paciente, ya que dicha relación ha cambiado mucho en las últimas décadas. Se debe analizar los cambios sociales y las características de la sociedad occidental del siglo XXI, para lograr entender mejor cómo afectan estos cambios a la relación clínico-paciente.

La relación clínica ha sido y sigue siendo en algunos casos, jerárquica y paternalista, lo que provoca dificultades actuales entre los profesionales. Se detecta la dificultad por parte del clínico, a la hora de reconocer al paciente capaz de decidir libremente sobre la elección de su tratamiento, haciendo complejo la aceptación de una relación hacia el paciente de libre autonomía.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Conocer cómo es la relación entre el clínico y el paciente a la hora de proporcionar la información, que concierne a la salud del usuario, teniendo en cuenta el Derecho de Información.

ESPECÍFICO:

- Valorar cómo es la relación entre el clínico y el paciente durante su encuentro;
- Conocer la diferencia entre Derecho de la Información y el Derecho a la Información;
- Analizar los cambios en la historia respecto a la forma de relacionarse el clínico con el enfermo.

METODOLOGÍA

Trabajo de revisión de la literatura científica y actualización del conocimiento en el siguiente ámbito específico: relación clínico-paciente, el encuentro clínico y el Derecho a la información, buscando y analizando la literatura científica correspondiente a dicho tema, para con ello concluir y evaluar cómo es la forma de relacionarse actual entre el clínico y el enfermo, si los clínicos respetan el Derecho a la Información y de la

información, así también aprender cómo hacer un uso correcto de la información para con los pacientes.

FUENTES

Las fuentes utilizadas fueron:

1. Revisiones sistemáticas: La Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed Health.
2. Metabuscaador: Trip.
3. Bases de datos bibliográficas: CUIDEN, PubMed.
4. Otras fuentes: Google académico y revistas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ESTUDIOS

INCLUSIÓN:

- El idioma no será motivo de exclusión, porque serán debidamente traducidos;
- Se incluirán todo tipo de estudios, que respondan a nuestra pregunta de revisión y que, a su vez, superen el instrumento de lectura crítica CASPe.

EXCLUSIÓN:

- Publicaciones superiores a diez años desde su publicación;
- Publicaciones que no respondan a nuestra pregunta de revisión;
- Publicaciones que se encuentren en páginas de pago o que por algún motivo técnico no sea posible acceder a ellos;
- Publicaciones con bajo nivel de evidencia científica;
- Aquellas publicaciones que no cumplan con la metodología científica.

CRITERIOS DE BÚSQUEDA: DESCRIPTORES, OPERADORES Y LIMITADORES

1. BÚSQUEDA EN CUIDEN

Nº	OPERADORES UTILIZADOS	LIMITADORES
1	“derecho” AND “información” AND “encuentro” AND “clinico” AND “relación”	últimos 10 años

2. BÚSQUEDA EN COCHRANE

Nº	OPERADORES UTILIZADOS	LIMITADORES
2	encuentro clinico derecho información	últimos 10 años

3. BÚSQUEDA EN PUBMED

Nº	OPERADORES UTILIZADOS	LIMITADORES
3	MESH: clinical meeting right information	últimos 10 años

4. BÚSQUEDA EN TRIPDATAB

Nº	OPERADORES UTILIZADOS	LIMITADORES
4	clinical meeting right information patient	últimos 10 años

EVALUACIÓN CRÍTICA DE LOS DOCUMENTO

Se obtuvo un total de 28 documentos en la búsqueda realizada en la literatura, los cuales fueron analizados para determinar su elegibilidad, fueron 8 los estudios seleccionados y que resultaron válidos, ya que fueron sometidos a un programa de habilidades de lectura crítica llamado CASPe. Siendo aceptados al final aquellos que obtuvieron una puntuación mayor a 7, superando las preguntas principales para que la calidad del estudio sea considerable y por ende fuesen favorables. Los 8 estudios seleccionados siguieron siendo fiables para la realización de esta revisión bibliográfica, por lo tanto, son los que se han tenido en cuenta a la hora de elaborar los resultados y la discusión de este trabajo.

DOCUMENTOS DEL ESTUDIO

ARTÍCULOS SELECCIONADOS	
1	El encuentro clínico: reflexiones semióticas. Miguel Kottow, Andrea Kottow
2	Una reflexión sobre la relación clínica actual Marga Iraburu Elizondo
3	La relación clínica en las sociedades democráticas Azucena Couceiro
4	La bioética y la relación médico-paciente Joaquín Ocampo-Martínez
5	

	El Consentimiento Informado y la relación Médico-Paciente Ana María Sánchez Santiesteban
6	The patient's right to information: the art of communicating J. Barbero
7	The doctor-patient relationship in history J. Lázaro, D. Gracia
8	El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002 Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS:

En el pasado ha sido siempre el clínico quien decidía, con un carácter beneficiante, qué datos sobre el paciente debía guardar como secreto. En la actualidad, es el propio paciente el que tiene derecho a decidir dónde queda el perímetro de su intimidad, siendo el titular de toda la información sobre su salud y decidiendo si la comparte o no con sus familiares.

Respecto a la información que solicita el paciente y a su posibilidad de acceso, hay estudios que informan, que, en España, el médico sigue siendo la principal fuente de información de los pacientes, siendo el 30% de los usuarios, los que buscan información en otras fuentes diferentes a su relación clínica. Algo que nos alerta, pues se prevé que este porcentaje aumente, haciendo necesarios que los profesionales contrasten la calidad

de la información y sepan transmitirla correspondientemente. Coincidiendo dicho porcentaje con Portugal.

Es necesario conocer el alcance del Derecho a la Información, formulándose estos en los siguientes pilares:

- Las personas tienen derecho a conocer toda la información obtenida con respecto a su salud. Asimismo, tiene que respetarse la voluntad de una persona de no ser informada;
- La información tiene que formar parte de todas las actuaciones asistenciales, tiene que darse de forma comprensible, ser verídica y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, con el fin de ayudarlo a tomar decisiones de forma autónoma;
- Corresponde al clínico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del Derecho a la Información.

Con la introducción del “consentimiento informado” en la relación clínica, hubo una etapa de desconcierto tanto para profesionales como pacientes, aunque en la actualidad el documento se reduce a ser firmado sin que el profesional explique al paciente contenido alguno. La ley declara el derecho que tiene cada paciente a recibir información y posteriormente, a consentir aquello que se le propone. Por lo tanto, el clínico tiene la obligación de poner sus conocimientos a disposición del paciente en todo el proceso, no solamente en la obtención del consentimiento informado.

La antigua relación clínico-paciente como relación de poder, se está transformando en una relación entre iguales, donde ambos comparten la autonomía como valor y su ejercicio como un derecho, según el deontologismo kantiano.

Por otro lado, la beneficencia como valor principal por parte del clínico, está variando su contenido. El clínico no solo persigue el beneficio que cree que el paciente debe recibir sino, además, el beneficio que el propio paciente considera para sí mismo, en seguimiento del principialismo de Beauchamp y Childress. En un estudio sobre diagnóstico e información de cáncer en España, se afirma que en nuestro medio un 40-70% de los

enfermos con cáncer conocen la naturaleza maligna de su enfermedad, aunque sólo un 25-50% han sido informados de ello.

Este dato tan relevante, demuestra que el clínico debe esforzarse más en conseguir un correcto proceso de comunicación con el paciente, acercándose más a su realidad y a sus necesidades. De lo contrario el paciente tiene el riesgo de sufrir desconfianza, sensación de engaño, lo que afectaría a la relación clínico-paciente. En otro estudio se informa que un 75% de los pacientes informados se expresaban con claridad sobre su enfermedad y sus consecuencias, mientras que solo un 25% de los pacientes que no habían sido informados hacia lo mismo. El paciente que es informado puede identificar con nitidez a su clínico de referencia, el vínculo es más firme y la comprensión ante la información es mayor. El derecho a la información sanitaria, aunque pueda considerarse estrechamente vinculado al consentimiento del paciente, trasciende al ámbito de éste, ya que no sólo el enfermo sino la persona sana, como ciudadano, es tributaria de recibir una información sanitaria suficiente para adoptar medidas preventivas y normas de conducta que beneficien su salud.

CONCLUSIONES:

Entre el paternalismo tradicional (Hipócrates) y el autonomismo extremo (Peter Singer) existen muchas posibilidades para mantener una óptima relación clínica, que encamina con el personalismo crítico (Mounier) hasta el racionalismo critico-ético (Popper). Aunque el paternalismo es a veces añorado entre los clínicos, es necesario avanzar como sociedades democráticas, siendo necesario para el profesional la mejor formación, lo que nos lleva a una relación adulta entre el clínico y el paciente.

Los códigos sobre los derechos del paciente han deshecho la idea de que la enfermedad incapacita psicológicamente, haciendo que el paciente obedeciera ordenes por parte de su clínico.

Estas leyes defienden lo contrario, pues reivindican la capacidad y competencia por parte de los pacientes, para tomar decisiones sobre su propio cuerpo en función de su proyecto de vida, es decir, hay un principio de respeto a la autonomía que el médico paternalista ignoraba y en la actualidad tiene que reconocer. Tenemos, por supuesto, una dimensión eleutérica de acuerdo con Kant.

El “consentimiento informado” provocó un cambio cultural para con el desarrollo de la relación clínica, lo que implica un mayor respeto hacia el paciente, según el principio de lo respecto por la autonomía del paciente. Dicho documento debe garantizar la autonomía moral del paciente y no debe ser visto por parte del clínico y paciente, como un documento que facilita la exención de la responsabilidad jurídica. El “consentimiento informado” tiene funciones específicas que fortalecen cualquier tipo de investigación, siendo el clínico que va a realizar el procedimiento quien debe informar convenientemente al paciente y familiares y obtener el consentimiento. Ningún documento leído y firmado sustituye nunca al diálogo. Dicho consentimiento es considerado de materia ética y no jurídica. El consentimiento informado es materia axiológica, sobre todo. Asimismo, se debe contribuir a la difusión y adecuación del “consentimiento informado” en beneficio del paciente. El respeto a la autonomía del paciente es un cambio en la historia de la relación paternalista que mantenía el clínico con su paciente en el pasado. Dicha conquista histórica de las sociedades más avanzadas no implica el que en ellas los médicos hayan renunciado a promover el bien de los pacientes. Todos los principios de Beauchamp y Childress son interrelacionables crítica y éticamente. En la práctica diaria, el clínico se tiene que enfrentar a una realidad relacionada con el miedo jurídico (familia, juez, administración, compañías de seguros, la disponibilidad de recursos y de tiempo...). Aun así, el clínico y paciente dialogan en la práctica diaria, condicionados eso si, por todos estos factores.

DISCUSIÓN

Respecto al uso correcto del “consentimiento informado” y la relación clínica, se precisa que el profesional se forme y entrene en habilidades de comunicación, en técnicas de entrevista clínica, de apoyo emocional y ayuda, en saber analizar conflictos de valores y valorar la autonomía y capacitación del paciente. El “consentimiento informado” debe entenderse como la aceptación por parte de un paciente competente de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, una vez ha tenido a su disposición la información adecuada para introducirse libremente en la decisión clínica propuesta. Los requerimientos necesarios deben ser; libertad, competencia e información suficiente. Por lo que a la relación clínico-paciente se refiere, debe estar siempre basada en la confianza y el proceso de información necesario. Pero ofrecido por una buena e adecuada relación eleutérica, como enseñanza de la Filosofía Práctica kantiana, dado que el “consentimiento informado” es una consecuencia del principio de la autonomía de la razón práctica del idealismo transcendental kantiano.

Se reflexiona sobre el ideal de paciente para algunos clínicos, el paciente que es sumiso, el que no pregunta ni cuestiona, el que obedece y aprueba las acciones que le propone su clínico, aunque dicha acción no esté justificada, con el objetivo de la remuneración económica o la ignorancia de la incompetencia profesional. Ante esto, el respeto a la autonomía del paciente resurge como un valor indiscutible, exceptuando a aquellas personas que no tienen la capacidad de decisión, bien por extremos de edad o problemas de salud mental y patologías degenerativas. Es un compromiso con la Bioética, por parte de todos los clínicos implicados en la atención a la salud, asumir el compromiso de la reflexión ético-axiológica sobre todos aquellos dilemas éticos, que en la práctica diaria van surgiendo.

El buen clínico es aquel que reconoce el derecho del paciente a decidir e investiga y respeta las necesidades del mismo, empatizando y adaptándose a las mismas. La información que proporciona el clínico tiene que ser veraz, todo lo que se salga de la misma se considera abuso de poder, toda información debe ser personalizada e individualizada. La información es un proceso, se trata de diálogo, dicha información y la obtención del consentimiento informado puede variar entre los pacientes, resultando fácil y rápido en algunos casos y en otros puede requerir tiempo.

El clínico debe proporcionar tiempo para que el paciente asimile la información y exprese las dudas y preguntas que le surjan. Por ende, el clínico debe esforzarse durante el diálogo, comunicándose e informando, para dar forma y ver los límites del propio proceso, así como, aclarando todas las dudas en torno al consentimiento del paciente. La comunicación debe ser una herramienta básica para la relación entre el clínico-paciente, usándose para una posterior deliberación moral.

El clínico debe fomentar para ello: la exploración continua sobre su paciente sin dar nada por hecho, identificar las preocupaciones que el paciente puede estar viviendo, fomentar la actitud empática, actuar desde la congruencia y proporcionar la creación de un vínculo terapéutico. El clínico debe dialogar en su práctica diaria, reconociendo sus cualidades y sus deficiencias (profesionales y personales), manteniendo siempre la intención de ayudar al paciente. Otro punto para tener en cuenta son las nuevas tecnologías, ya que están modificando los cauces informativos de muchos ciudadanos. La dificultad radica en que en "Internet" circulan noticias de todo tipo, y en ocasiones las fuentes no son correctas. Proporcionar una buena información es vital, para que el paciente tome la decisión acertada, de forma libre, por lo tanto, el clínico debe compartir sus conocimientos de manera rigurosa y adaptada al paciente.

CONCLUSIÓN GENERAL

La autonomía, según Kant, es la voluntad por la identificación con la legislación de la libertad. Por supuesto, la autonomía no se considera solamente la acepción más inmediata y necesaria según las inclinaciones sensibles, pero en la capacidad de actuar en conformidad con la ley moral de la seductora mediación de las esperanzas dogmáticas y que no tenga en consideración los límites de la razón práctica. (13) El Consentimiento Informado es una condición apodíctica del paciente. Este realiza su afirmación eleuterica como un imperativo categórico de la razón práctica.

En Kant, la moralidad es, pues, la relación de las acciones con la autonomía de la voluntad, esto es, con la posible legislación universal por medio de las máximas de la misma. (14). La autonomía ocupa un lugar privilegiado en el dominio de la Ética Kantiana y entonces en la Bioética. Muchas son las fuertes afirmaciones de Kant en el sentido de que el de autonomía es no sólo el supremo, sino incluso el único principio posible de la moralidad, se repiten en *Kritik der ptaktischen Vernunft*.

El Consentimiento Informado se ha constituido en un nuevo ideal de la autonomía y la racionalidad. Es una expresión de las profundas transformaciones de la Medicina y la Sociedad Occidental. Ha sido la superación del paternalismo, como manifestación de la sociedad, pluralista, autónoma y democrática. Se explican los límites del “consentimiento informado”. En general, es más necesario cuánto menos urgente es el tratamiento y cuánto más experimental. La información necesaria para el consentimiento se limita a lo que pueda ser preciso para tomar una decisión concreta. Se explicarán esquemáticamente las condiciones de la información para una buena decisión por parte del paciente. Existe una relación directa entre el grado de competencia de un paciente y la gravedad o trascendencia de la decisión.

Se concluye que la práctica del Consentimiento Informado puede abrir la comunicación del médico y su paciente. Con el Consentimiento Informado tenemos una tríplice comunicación (teorética, práctica y poética).

Las tres formulaciones están presentes y su práctica inadecuada puede introducir nuevos fenómenos, que no es puramente jurídico. Hay que entender el Consentimiento Informado como un nuevo ideal, hacia la promoción de la autonomía de los pacientes. Por tanto, debe ser comprendido como una relación más plena para el profesional sanitario.

De acuerdo con este texto, la autonomía es una máxima que tiene que ser capaz, consiste en ser un principio único de la moralidad. (15). Aquí Kant reivindica originalidad. Esta originalidad representa también en la Bioética por la creación del “consentimiento informativo”, de acuerdo con el deontologismo kantiano.

Como obtenemos la referencia aún más grande del objetivo del consentimiento informado por las palabras de João Queiróz e Melo: “ Como médico, cada vez mais, sei que nada sei, e ao exercer uma Arte/Ciência que se transforma em Ciência/Arte, verifica-se a necessidade de não deixar esquecer o indivíduo, sere humano, objecto da ciencia. O consentimiento informado é instrumento útil para atingir ese objetivo”.(15) Este consentimiento es una oportunidad para que el paciente tenga una actitud eleuterica, siendo siempre un hombre libre. El consentimiento es una realidad eleuterica en la relación paciente/ clínico.

El Consentimiento Informado debe presentarse como una nueva comunicación teoretica (contemplación) de la relación sanitario-paciente. Entonces este ideal bioético es la promoción de la autonomía de los pacientes. El cumplimiento de esta tarea es necesaria para que los pacientes puedan disfrutar de toda la información que pidan y necesiten para determinar un perfecto control sobre sus patologías. Este consentimiento se define por una comunicación práctica y poética en la relación médico-enfermo. Podemos decir que el Consentimiento Informado se constituye en un nuevo momento de la autonomía de la razón clínica, bien como referencia como una heteronomia de la razón teórica.

Por tanto, el Consentimiento Informado existe en una relación directa entre el grado de competencia de un paciente y la trascendencia de la decisión clínica.

El consentimiento, como razón práctica, nos indica la posibilidad de satisfacer uno de los derechos más específicos de la persona afectada: el derecho a saber y a decidir. Pero, el Consentimiento Informado es la oportunidad central de la relación entre sanitario y paciente, de acuerdo con el modelo autonomista de la asistencia sanitaria, siendo una condición de Bioética a incrementar lo más posible en todos los servicios sanitarios, con indicación obligatoria.(14) Luego, el consentimiento es tanto más importante cuanto menos urgente y más experimentales sean sus indicaciones terapéuticas. La tarea del consentimiento informado es muy facilitada, porque en un gran número de intervenciones clínicas la necesidad del consentimiento resulta apenas de exigencias éticas. El “consentimiento informado” es un “imperativo categórico” de la razón práctica, en dependencia pragmática, de la autonomía de la voluntad (Wille), segundo Kant. Según la referida perspectiva, el consentimiento es entre el Bioderecho y la Bioética.

Ingelfinger ha hecho notar que la calidad del “consentimiento informado” depende en mucho de la educación y desarrollo intelectual y libre de la persona doliente. (17). Todavía hoy, por todos los motivos, hay quien sustenta que la obtención del “consentimiento informado” en la práctica se ha convertido en un requisito legal, que sirve más para la protección legal de los sanitarios y de investigadores, que para defender los derechos del paciente. Puesto que el “consentimiento informado” es un requisito fundamental (en los ensayos clínicos, trasplantes, intervenciones de las cirugías, etc.) ha surgido una significativa controversia en relación a las características esenciales del mismo: competencia del que da el consentimiento y finalidad, calidad de la información, educación de las personas.

Entretanto, es conveniente referir que el consentimiento del enfermo, ante las actuaciones clínicas tiene un adecuado sentido en el seno de las relaciones médico-paciente, ya que éstas gozan, según el derecho, de la condición de contractuales.

Desde luego, estas relaciones pueden estudiarse en tres dimensiones siguientes; técnicas, materiales y antropológicas. Señalamos, por interés e importancia, la más significativa,

que es la dimensión antropológica. Por medio de esta, el paciente es una persona que está necesitada de la asistencia médica, dado que sufre física y espiritualmente con su patología y que, por esa razón, se encuentra en situación de profunda dependencia y minusvalía frente al clínico”. (16) Por todo esto, siguiendo el camino del “consentimiento informado”, la conducta del médico para con él debe aportar una actitud con la mayor calidad y humanidad posible, no sólo para favorecer la confianza mutua, sino también para conseguir un eficaz tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Soto D., *Derecho a la información*. Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios. 2010.
- (2). Gómez Sánchez P., *Principios básicos de Bioética*. *Revista Per Ginecol Obstet*. 2009.
- (3). Escobar de la Serna L., *Principios del Derecho de la Información*. Edit. Dickinson. 2000.
- (4). Robles Hernández J., *Derecho de la Información y comunicación Pública*. Edit. Universidad de Occidente. 2004.
- (5). Couceiro A., *La relación clínica en las sociedades democráticas*. Instituto Borja de Bioética. 2007; Vol. 13, Núm. 50.
- (6). Kottow M., Kottow A., El encuentro clínico: reflexiones semióticas. *Revista Bioethikos*. 2009.
- (7). Iraburu Elizondo M., Una reflexión sobre la relación clínica actual. *Revista Ética de los Cuidados*. 2008.
- (8). Ocampo-Martínez J., *La bioética y la relación médico-paciente*. Academia Mexicana de Cirugía. 2002.
- (9). Sánchez Santiesteban A., El Consentimiento Informado y la relación Médico-Paciente. *Revista Bioética*. 2007.
- (10). Barbero J., *The patient's right to information: the art of communicating*. Sistema Sanitario. Navarra. 2006.
- (11). Lázaro J., Gracia D., *The doctor-patient relationship in history*. Sistema Sanitario. Navarra. 2006.
- (12). Osuna Carrillo de Albornoz E., El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002. *Cuaderno Bioética*. 2006.
- (13). Kant, I., *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Porto Editora. Porto. 1995. 106.
- (14). Gracia, D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Medicina Clínica*, 93: 100-102. 1989.
- (15). Queiróz e Melo, J. O consentimento informado do receptor. in: Archer, L. et al. *Bioética*. Editorial Verbo. Lisboa/S. Paulo. 1996. 295.

(16). Polaino-Lorente. A., *Manual de Bioética General*. Cuarta Edición, Ediciones Rialp, S.A. Madrid. 2000.

(17). Ingelfinger, F.J., Informed (but uneducable) consent. *The New England Journal of Medicine*. 28:465-466. 1972.