

CARTA A LA DIRECTORA

Respuesta a la carta titulada "Apuntes en la discusión sobre el consentimiento informado"

Response to the letter entitled "Notes on the discussion about informed consent"

MsC. Rafael Escalona Veloz ¹

¹ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Máster en Medios de Diagnóstico. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

Santiago de Cuba, 4 de febrero de 2011

Dra. C. Carolina Plasencia Asorey
Directora de la revista MEDISAN

Estimada doctora:

Me place dar respuesta a la acuciosa carta del Dr.C. Ricardo Hodelín Tablada y la Dra. Damaris Fuentes Pelier, dirigida a usted con motivo de la publicación del artículo "Consentimiento informado en anatomía patológica como requerimiento ético para la calidad y la excelencia", de mi autoría, ¹ donde exponen algunos criterios relacionados con el tema.

De hecho, es cierto que la ejecución de un proceder de diagnóstico del cual no se había proporcionado la información suficiente y necesaria al paciente y que provocó iatrogenia, con la consecuente demanda judicial, fue lo que justificó la aparición del consentimiento informado; ² por tal motivo y calibrando su incuestionable importancia, me he propuesto analizar con detenimiento en qué situaciones y mecanismos inherentes a la especialidad de anatomía patológica suele requerirse la mencionada autorización.

Tomando en cuenta que el consentimiento informado es un diálogo entre agentes morales, es obvio que cuando el paciente ha perdido las facultades previstas para establecerlo con su médico de asistencia (excepciones señaladas en el artículo de marras), su representación legal corresponde a la familia y es entonces cuando se produce un verdadero dilema, expuesto por el Dr.C. Hodelín en su carta: ¿A cuál familiar acudimos? ¿Cuál parece ser el más adecuado? ¿Cuál se encarga mejor de los intereses del paciente?

Ahora bien, se supone que en nuestro caso no tengamos que pedir anuencia para realizar la mayoría de nuestros procedimientos, pues esta *debe* ser solicitada por el médico de asistencia cuando indica el análisis; sin embargo, al haber comprobado que este *deber* no siempre se cumple (y aunque se cumpliera), es que proponemos la participación de los

profesionales del laboratorio de anatomía patológica (y también de los pertenecientes a los demás medios de diagnóstico, ¿por qué no?) para obtener esa conformidad del propio paciente cuando llega en busca de nuestros servicios. En el caso de las citadas excepciones, sencillamente acudimos al familiar que concurre con el paciente, pues ya este último tiene la indicación de la prueba en sus manos; pero cuando se encuentra hospitalizado, nuestro comentario en la historia clínica se refiere a lo concerniente a la obtención de ese permiso y a la ejecución del proceder, aunque en este punto quiero añadir que cuando se trata de niños, además de contar con la aprobación de sus padres o familiar acompañante, explicamos a los menores en lenguaje claro, sencillo y comprensible para ellos, en qué consiste todo el procedimiento (muy raras veces hemos recibido su negativa para llevarlo a cabo).

Con respecto a la autopsia expresé: "Existen innumerables ejemplos en que la persuasión para realizar una autopsia ha asumido características de verdadera coacción por parte del personal de salud, en aras de cumplir con un programa o un indicador hospitalario".¹ Mantengo esa opinión, pues a más de 30 años de estar en contacto con familiares de occisos en cuya historia clínica aparece la "supuesta autorización" para la necropsia, he podido constatar que no solo se persigue persuadir -- lo cual resulta éticamente aceptable cuando la argumentación, además de leal, no está sesgada por intereses ajenos al paciente, según apunta el Dr.C. Hodelín, que es así como debe actuarse ante la negativa familiar a la investigación *post mortem* --, sino que muchas veces se manipula el resultado y se brinda información falsa sobre las posibles causas de muerte o se trata de disponer del cuerpo con la consabida expresión: "Si usted se niega a que realice la autopsia, eso me impide elaborar el certificado de defunción y, por tanto, no podrá llevarse el cadáver," con lo cual se pone en práctica la actitud coercitiva de la que hablo en mi artículo. Y todo ello -- como afirmé -- por alcanzar o mantener un indicador hospitalario.

Sea cual sea el argumento que se esgrima para conseguir examinar a la persona fallecida, entendido sobre la base de los numerosos beneficios que se derivan de ello: Determinar la causa del deceso, detectar posibles errores de dictamen clínico, asegurar la rentabilidad y validez de los nuevos procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, aportar información acerca de las nuevas enfermedades y sobre las ya conocidas, esclarecer aspectos medicolegales en torno a la muerte, así como constituir una herramienta docente de vanguardia y una fuente inagotable de investigación,³ no hay justificación alguna para obrar contra la ética, como en las situaciones descritas.

Al filósofo griego Aristóteles se le atribuye esta frase: "La finalidad del arte es dar cuerpo a la esencia secreta de las cosas". Pues bien, el propósito de la autopsia, como obra maestra en su conjunto, persigue dar cuerpo a esa esencia secreta de las enfermedades, su desarrollo biológico y sus consecuencias clínicas, de modo que a quienes nos dedicamos al ejercicio de la medicina, nos compete mostrar a la sociedad ese fin y las utilidades e implicaciones de tal acción para impulsar el progreso biomédico;⁴ pero debe ser realizada dentro del marco de los valores legales y morales.

En mi artículo insistí en la entrega de la conclusión de la prueba y no en la obtención del consentimiento por parte nuestra; y era la pregunta dirigida a mis colegas en la asistencia directa y a la que hace referencia el Dr.C. Hodelín. A los efectos creo, y es así como nos conducimos en el Departamento, que debe respetarse la autonomía del paciente, de manera que cuando este se nos acerca para recoger el resultado de su análisis, además de hacerlo, si se muestra interesado en conocer un poco más sobre lo que significa, en ese momento le explicamos pormenorizadamente todo lo relacionado

con el diagnóstico. Jamás hemos modificado la interpretación de los hallazgos en las boletas que proporcionamos a los pacientes y reservado la verdadera para el médico que les asiste, como coyunturalmente puedan haber procedido algunos otros profesionales, puesto que, a nuestro juicio, además de violar preceptos decorosos,⁵ violan el mandamiento cristiano de "no mentir"⁶ y el principio fidelista de "no mentir jamás ni violar principios éticos";⁷ todo lo cual atenta contra la calidad del servicio prestado.^{8,9} La mentira no es justificable: constituye un abuso de poder, deviene un camino irreversible y puede ser evitada. Nada más axiomático.

Cuando brindamos tal información al paciente, no solo la personalizamos, sino que velamos por garantizar la privacidad requerida para mantener la confidencialidad en relación con el resultado del estudio; por tanto, concuerdo plenamente con el Dr.C. Hodelín en sus acertadas valoraciones sobre el asunto e incluso adiciono que este es otro aspecto acerca del cual propongo que el profesional del laboratorio colabore en materia de salud al informar sobre determinada enfermedad o muestra de biopsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escalona Veloz R. Consentimiento informado en anatomía patológica como requerimiento ético para la calidad y la excelencia. MEDISAN 2011; 15(1):138-44. <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_1_11/san19111.pdf>[consulta: 2 febrero 2011].
2. Vega Monteagudo C. Consentimiento informado y compromiso profesional. En: Ensayos de bioética III. Barcelona: Fundación MAPFRE, 2003:193-208.
3. Estébanez Gallo A, Fernández Fernández F. La autopsia clínica en la web: aspectos generales. Rev Esp Patol 2003; 36(3). <<http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num3/36-3n04.htm>>[consulta:10 julio 2010].
4. Fernández Fernández, F, Estébanez Gallo A, Mayorga Fernández M, Guerra Merino I. Objetivos e indicaciones de la autopsia clínica. Rev Electr Med Intens 2004; 4 (1). <<http://remi.uninet.edu/2004/01/REMIA011.htm>>[consulta: 10 julio 2010].
5. Principios de la ética médica socialista. La Habana: Editora Política, 1983.
6. Éxodo 23,7. La Biblia latinoamericana. Madrid: Verbo Divino, 2002.
7. Castro Ruz F. Discurso pronunciado con motivo del desfile del 1 de mayo del 2000. La Habana: Editora Política, 2000.
8. Escalona Veloz R. Criterios de calidad en el concepto de Revolución definido por Fidel. MEDISAN 2009; 13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san19109.htm> [consulta: 19 enero 2011].
9. Cuba. Oficina Nacional de Normalización. Norma cubana ISO-15189, 2008. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia (ISO 15189:2007, IDT). La Habana: Cuban National Bureau of Standards, 2008.

Recibido: 4 de febrero de 2011

Aprobado: 5 de febrero de 2011

MEDISAN 2011; 15(4):409

MSc. Rafael Escalona Veloz. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: escalona@medired.scu.sld.cu