

Autonomía del paciente & Consentimiento informado

En el contexto de provisión de servicios médicos en los Estados Unidos, el valor que se le pone a la autonomía y a la libertad lo expresó claramente el juez Benjamin Cardozo en el caso de *Schloendorff contra Society of New York Hospitals* (1914), escribiendo, “Cada ser humano de mayor edad tiene el derecho de determinar qué hacer con su propio cuerpo.” Este caso establece el principio de consentimiento informado y se ha convertido en una parte central de la ética de la práctica médica moderna. Sin embargo, una serie de incidentes desde 1914 ilustraron cómo la autonomía de los pacientes puede ser anulada. En *Buck v. Bell* (1927), el Juez Oliver Wendell Holmes escribió que la esterilización involuntaria de los “defectuosos mentales,” en ese entonces una práctica común en los EU, se justificaba de la siguiente manera, “Tres generaciones de imbéciles son suficientes.” Otro ejemplo fue el estudio de sífilis de Tuskegee, en el cual hombres Afro-Americanos fueron negados un tratamiento para la sífilis que les salvaría la vida como parte de un estudio sobre la trayectoria natural de la enfermedad, la cual surgió en 1932 y no se pudo combatir hasta 1972.

Al proveer recomendaciones relacionados con temas de bioética, el presidente de la comisión del estudio de problemas éticos en la medicina y biomedicina e investigación de comportamiento, declaró que, “El consentimiento informado tiene raíces en el reconocimiento fundamental—que se refleja en la presunción de competencia—que adultos tienen el derecho de aceptar o rechazar intervenciones de cuidado médico basado en sus valores personales y objetivos personales.” Pero qué pasa en las circunstancias donde los pacientes se consideran incompetentes en base de procesos judiciales, y cuando otras personas están designadas a tomar decisiones en nombre de personas que están declaradas incompetentes mentalmente?

Considera el siguiente caso:

Un hombre de mediana edad ha sido internado contra su voluntad en un hospital psiquiátrico estatal porque lo consideran peligroso a otros dado su estado paranoico severo. Su comportamiento violento se controla con medicamentos e inyecciones, las cuales se administraron inicialmente en contra de su voluntad. Lo declararon mentalmente incompetente, y las decisiones de aprobar el uso de medicamentos psicotrópicos las tomó su hijo al que se le otorgó tutela y poder médico por ley.

Mientras que los medicamentos contenían la agitación violenta del paciente, cambiaron muy poco sus síntomas paranoicas. La probabilidad de que pueda regresar a su hogar y comunidad son remotas. Sin embargo, una nueva droga ha sido introducida al hospital, la cual ofrece una fuerte probabilidad de que si el paciente la toma, podría regresar a su casa. La droga, no obstante, solo estaba disponible en forma de píldora pero el paciente sufre de paranoia de que alguien lo quiere envenenar. Una sugerencia era moler la píldora y administrarla secretamente



mezclándola con un pudín.

Los empleados del hospital consultaron con el hijo del paciente y obtuvieron su consentimiento informado. Los “valores y...objetivos personales” del hijo y de otros familiares se vieron como sustitutos de los del paciente que se considera mentalmente incompetente—y que estos objetivos incluyen el deseo del paciente de vivir fuera de una institución y cerca de sus seres querido en la comunidad. Esta fue la razón que se hizo explícitamente en el acuerdo al que dio consentimiento su hijo de esconder el medicamento en la comida. No obstante, los que trabajan en el hospital se sentía incomodos con tener que engañar al paciente, a pesar de haber conseguido consentimiento informado del guardián legal del paciente.

Preguntas de discusión:

1. En el caso de estudio arriba, ¿crees que el objetivo final amerita el engaño? En otras palabra, ¿crees que el objetivo de dar de alta al paciente y sacarlo del ambiente institucional a la comunidad normal justifica engañarlo? Explica tu razonamiento.
2. ¿Crees que se debe permitir éticamente engañar a pacientes? ¿En qué circunstancias? ¿Por qué o por qué no?
3. ¿Hasta qué grado crees que la familia o tutores legales deben tener la capacidad total de tomar decisiones o dar consentimiento por parte de los que cuidan? Explica.
4. ¿Crees que las personas que están severamente enfermos mental tienen derecho a “determinar que se hará con [sus] propio cuerpo?” ¿Por qué o por qué no?
5. ¿Crees que el medicar de manera secreta a pacientes paranoicos conlleva algunos riesgos? ¿Crees que esto confirmaría las ideas que tiene el paciente de que lo quieren “envenenar” o aumentar su resistencia al tratamiento? ¿Crees que vale la pena tomar esos riesgos ya que podría beneficiarse tanto su salud mental como también reducir su sufrimiento?
6. Dado que pacientes psiquiátricos tienen el derecho de decidir su tratamiento, ¿crees que la estrategia de administrarle medicamento de manera secreta cumple con este objetivo? ¿Crees que esto se justifica éticamente? ¿Por qué o por qué no?
7. ¿Crees que la historia de tratamientos forzados entre personas discapacitadas y otras poblaciones vulnerables afecta cómo ves este caso? Explica.

Recursos:

Los doctores Nazi: Matanza médica y la psicología del genocidio

<http://www.worldcat.org/title/nazi-doctors-medical-killing-and-the-psychology-of-genocide/oclc/264730584>

Segregación racial médica: El pasado oscuro de la experimentación en Afro-Americanos desde la época colonial al presente

<http://www.worldcat.org/title/medical-apartheid-the-dark-history-of-medical-experimentation-on-black-americans-from-colonial-times-to-the-present/oclc/61131882>

Imbéciles: La Suprema Corte, eugenesia estadounidense, y la esterilización de Carrie Buck

<http://www.worldcat.org/title/imbeciles-the-supreme-court-american-eugenics-and-the-sterilization-of-carrie-buck/oclc/911171862>

Código Administrativo de Texas, Capítulo 404, subcapítulo E: Los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental

[http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac\\$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=25&pt=1&ch=404&sch=E&rl=Y](http://texreg.sos.state.tx.us/public/readtac$ext.ViewTAC?tac_view=5&ti=25&pt=1&ch=404&sch=E&rl=Y)

Una historia y teoría del consentimiento informado

<http://www.worldcat.org/title/history-and-theory-of-informed-consent/oclc/228168485>

Desafíos emergentes y duraderos del consentimiento informado

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1411250>

Capítulo “Consentimiento a cuidado médico: la importancia del contexto fiduciario” en *La ética del consentimiento: teoría y práctica*

<http://www.worldcat.org/title/ethics-of-consent-theory-and-practice/oclc/312625462>

CASES; las recomendaciones reincorporan el consentimiento

<http://www.nytimes.com/2002/07/02/health/cases-advice-rejoins-consent.html>

Tomando decisiones de cuidado médico: Las implicaciones éticas y legales del consentimiento informado en la relación del paciente-proveedor

<http://www.worldcat.org/title/making-health-care-decisions-a-report-on-the-ethical-and-legal-implications-of-informed-consent-in-the-patient-practitioner-relationship/oclc/8922324>

Autor:

Mitch Sudolsky, MSSW, LCSW

School of Social Work

The University of Texas at Austin