

El consentimiento informado: teoría y práctica (I)

Pablo Simón Lorda^a y Luis Concheiro Carro^b

^aMédico de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ramón y Cajal. Alumno del Máster de Bioética de la Universidad Complutense. ^bCatedrático de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. La Coruña.

A comienzos de 1991 el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) hizo públicos los resultados de una encuesta realizada en enero de 1990 para valorar el grado de satisfacción e insatisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos de nuestro país¹. Entre los muchos datos que proporciona la encuesta merece la pena destacar los referidos a la información al usuario en los ámbitos de la atención primaria, asistencia hospitalaria y servicios de urgencias.

Preguntados los usuarios acerca de cómo creen ellos que se entiende la información que proporcionan los médicos de asistencia primaria, un 43 % estima que se entiende "regular o mal", frente a un 45 % que cree que "bien o muy bien".

En el ámbito hospitalario las cifras son del 41 % que cree que la información se entiende "regular, mal o muy mal", frente al 42 % que opina que "bien o muy bien".

En el caso de los servicios de urgencia, un 31 % de los usuarios estima que la información proporcionada por los médicos de urgencias es "regular, mala o muy mala", frente a un 44 % que la califica como "buena o muy buena".

Estos datos sugieren, pues, que el flujo de información desde los médicos hacia los usuarios no es, en conjunto, satisfactorio. Las necesidades de información de los pacientes son por tanto mucho mayores de lo que habitualmente estiman los médicos. Estas necesidades no son un capricho de los enfermos sino que forman parte de un derecho que ha sido recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986: el derecho al consentimiento informado. El artículo en cuestión recoge la *Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos*, y es en los puntos 5, 6 y 9 donde se describe este derecho.

Lo cierto es que a pesar de estar vigente desde 1986 esta carta no ha sido suficientemente di-

fundida y, por lo tanto, es todavía muy poco conocida por los usuarios. De hecho en la encuesta antes citada, ante la pregunta "¿ha oído hablar usted de la Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos?", nada más y nada menos que un 78 % responde que NO, frente a tan sólo un 21 % que dice que SÍ.

Resulta por lo tanto imprescindible y urgente un cambio de actitud de los profesionales sanitarios hacia los derechos de los pacientes, y en particular hacia su derecho al consentimiento informado. Un primer paso para avanzar en esta dirección podría ser conocer mejor en qué consiste este derecho y sugerir estrategias para respetarlo de forma más satisfactoria.

El derecho al consentimiento informado

Una primera afirmación importante a realizar es que este derecho no es una ficción legal, sino que ha sido considerado como un derecho *humano*. Hablamos pues de un imperativo ético, que además en nuestro país, como en muchos otros, ha cristalizado como exigencia legal. Las exigencias legales representan a su vez *mínimos éticos* —que por desgracia muchas veces caen "bajo *mínimos*", tal y como en parte le ha sucedido a la forma en que está redactada la Carta de Derechos de la ley española—. Sin embargo, un buen profesional no debería contentarse sin más con mínimos, sino que debería además tratar de elevar mucho más los horizontes éticos de sus actuaciones, esto es, de *maximizarlos*.

La teoría del consentimiento informado es de origen anglosajón, más concretamente norteamericano, aunque después ha pasado a formar parte del patrimonio ético de toda la práctica médica occidental. Si bien su gestación tiene mucho que ver con el propio modelo ético-político con que aquel país vio la luz a finales del siglo XVIII, su verdadero desarrollo hay que situarlo en el contexto del amplio movimiento de reivindicación de los de-

rechos civiles que, iniciándose a finales de la Segunda Guerra Mundial, tiene su auge en la década de los sesenta-setenta –y que tampoco se limita sólo a EE.UU.–. Este movimiento, junto con otros factores como por ejemplo el acelerado desarrollo científicotécnico de la medicina, repercute en el ámbito sanitario de tres maneras que están a su vez íntimamente relacionadas. En primer lugar impulsa la reivindicación de las cartas de derechos de los enfermos, de los que quizás el más importante es precisamente el derecho al consentimiento informado, cuyo punto de partida más inmediato es el Código de Nüremberg de todos conocido. De hecho una de las áreas de la medicina donde mayor impulso ha tomado la teoría del consentimiento informado es la de la investigación. En segundo lugar potencia el desarrollo de una nueva disciplina que va a tener una marcada influencia en el modo de actuación de los médicos estadounidenses: *la bioética*. A su vez los avances de esta nueva disciplina van a estar estrechamente relacionados con el desarrollo de la teoría del consentimiento informado en el ámbito jurídico. En tercer lugar hace entrar definitivamente en crisis el modelo de relación médico-paciente clásico, que estaba marcado por el paternalismo y que consideraba al paciente no sólo como un minusválido físico, sino también psicológico-moral, y por tanto lo creía incapaz de tomar decisiones por sí mismo. Frente a este modelo clásico irrumpe ahora con fuerza otro que pone su acento en la autonomía de los propios enfermos para decidir lo que debe o no debe hacerse con ellos. El corazón de este nuevo modelo va a ser precisamente la teoría del consentimiento informado.

Los contenidos mínimos del consentimiento informado

La edición de 1984 del “Manual de Ética” del Colegio de Médicos Americanos definía el consentimiento informado de la siguiente manera²:

“El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre 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 comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.”

Esta definición tan sólo presenta un fallo que es necesario destacar: que donde pone “procedimientos terapéuticos” debería poner más bien “procedimientos diagnósticos y terapéuticos”. Pero es una definición que consideramos muy importante porque en ella se encuentran presentes casi todos los elementos que componen la teoría del consentimiento informado. Estos son los que a continuación se reseñan.

Voluntariedad

El consentimiento, informado o no, para un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico, que es emitido por un paciente que no actúa de forma voluntaria, no es aceptable ni desde el punto de vista ético ni desde el legal. Según la President’s Commission, la limitación de la libertad puede presentarse de tres formas posibles³:

Persuasión. En este caso –quizás el más frecuente de todos– el paciente es sometido a un procedimiento sin darle la oportunidad de que efectúe ningún tipo de elección. Aunque este tipo de actuaciones pueden ser ética y socialmente aceptables en determinadas ocasiones, tales como las situaciones de amenaza de la salud pública, en la práctica común no lo son.

Coacción. A diferencia del caso anterior en que no hubo obtención de consentimiento alguno, en este caso el consentimiento del paciente sí se consigue, pero bajo coacción. Una decisión está tomada bajo coacción cuando la persona está amenazada por otra de forma explícita o implícita, con consecuencias no deseadas y evitables si accede a sus requerimientos. La coacción será tanto más potente cuanto mayor diferencia exista entre el poder del coaccionador y el del paciente, puesto que a mayor poder de aquél, mayor credibilidad tendrán sus amenazas para éste. Esta coacción puede ser ejercida por el médico, la enfermera, un familiar con intereses propios, etc. Por ejemplo, la amenaza del “alta voluntaria” que se contempla en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad en caso de negativa al tratamiento podría ser una forma de coacción.

Manipulación. El médico, por sus conocimientos e influencia psicológica, se encuentra en una posición respecto al paciente que le capacita para presentarle la información de tal manera que le empuje a tomar una decisión determinada. Esta conducta, si es deliberada y basada en la distorsión sesgada y fraudulenta de la informa-

ción, supone una anulación del requisito de voluntariedad.

Información en cantidad suficiente

Para que un “consentimiento” se considere aceptable no sólo debe de ser “libre”, sino también “informado”, lo que quiere decir que tiene que ser emitido tras un proceso de evaluación de una determinada cantidad de información relativa a la decisión a tomar.

El punto 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad dice al respecto que el paciente tiene derecho “a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”. De una forma más amplia podríamos decir que los ámbitos que debería abarcar la información proporcionada, tal y como lo entiende la teoría del consentimiento informado estadounidense, son los siguientes^{4,5}:

1. Descripción del procedimiento Propuesto, tanto de sus objetivos como de la manera en que se llevará a cabo.

2. Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.

3. Beneficios del procedimiento a corto, medio y largo plazo.

4. Posibles procedimientos alternativos con sus riesgos, molestias y efectos secundarios respectivos, y explicación de los criterios que han guiado al médico en su decisión de recomendar el elegido en lugar de estos.

5. Efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles.

6. Comunicación al paciente de la disposición del médico a ampliar toda la información si lo desea, y a resolver todas las dudas que tenga.

7. Comunicación al paciente de su libertad para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.

Algunos autores añaden a esta lista el conocimiento de la enfermedad –etiología, curso y pronóstico– y los costes económicos de todo el proceso⁶.

En general existe bastante acuerdo respecto a estos diferentes ámbitos de información. Sin embargo, donde ha existido un enorme debate en EE.UU. es en lo relativo a la extensión de cada uno de los mismos; en particular, respecto a la cantidad de información relativa a los posibles riesgos, molestias y efectos secundarios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Para intentar arrojar luz sobre esta cuestión se han utilizado en la práctica jurídica norteamericana tres criterios diferentes^{7,8}:

1. El criterio del *médico razonable*, de la práctica profesional o de la *comunidad científica*. Este criterio, usado por primera vez en 1960 en un caso judicial americano (“Natanson frente a Kline”) estipula que la cantidad de información que debe recibir un paciente determinado viene marcada por la que un “médico razonable” revelaría en las mismas circunstancias. Un “médico razonable” es el que actúa en consonancia con la práctica habitual de la comunidad científica a la que pertenece.

El problema fundamental de este criterio es que tiene un inequívoco resabio paternalista. Por otra parte no existe garantía de que algo, por el mero hecho de ser aceptado por la comunidad científica, sea necesariamente ética o legalmente aceptable. No obstante estas críticas y a pesar de la irrupción de nuevos criterios que se verán a continuación, todavía en 1987 era un argumento ampliamente usado en el sistema judicial americano: 26 Estados lo seguían utilizando⁹.

2. El criterio de la *persona razonable*. El anterior criterio es propio de la década de los sesenta, sin embargo en 1969, otro caso judicial americano (“Berkey frente a Anderson”) introduce un nuevo argumento que sería sucesivamente recogido y reforzado en otros casos importantes de la década de los setenta (“Canterbury frente a Spence”, “Cobbs frente a Grant” y “Wilkinson frente a Vesey”). El razonamiento es el siguiente: si resulta que la persona apropiada para aceptar o rechazar un determinado procedimiento es el propio paciente, entonces la información que el médico tendrá que revelar a éste vendrá determinada por lo que una hipotética “persona razonable” desearía conocer en las mismas circunstancias en que se encuentra el paciente, y no por lo que otro hipotético “médico razonable” consideraría adecuado revelar. La dificultad estriba obviamente en determinar qué se entiende por “persona razonable”⁸.

Una forma de rodear el problema es decir que una “persona razonable” desearía conocer los “riesgos materiales”. Un riesgo es “material” si es muy grave aunque sea muy poco frecuente, o si es muy frecuente aunque sea muy poco grave.

Es decir: *materialidad = gravedad × incidencia*⁹.

Evidentemente, cuanto mayor sea la “materialidad” del riesgo mayor fuerza tendrá la suposición de que una “persona razonable” desearía conocerlo, y por lo tanto mayor es la obligación de comunicárselo al paciente. No es fácil, de to-

das formas, determinar qué debe entenderse por “gravedad”. Quizás es un término con unas grandes resonancias forenses. Probablemente podría calificarse de grave al riesgo que implica la posibilidad de dañar irreversiblemente el desarrollo y/o el funcionamiento normal de las capacidades biológicas, psicológicas o sociales del individuo. Se incluirían como riesgos de gravedad máxima, por ejemplo los de muerte, ceguera, hemiplejía, paraplejía, tetraplejía, pérdida de actividad sexual o mutilaciones físicas o funcionales.

Aunque el “cálculo de la materialidad” puede ser útil, dista mucho de resolver todos los problemas, pues si bien ayuda en los casos en los que la “materialidad” es elevada, permanece la cuestión del nivel más bajo de “materialidad” a partir del cual una “persona razonable” no consideraría estrictamente necesario conocer el riesgo. No obstante esta objeción importante, este criterio parece más respetuoso con la autonomía del paciente, y sin embargo en 1987 tan sólo 16 Estados lo habían introducido plenamente⁹.

3. El criterio *subjetivo*. En Oklahoma, el único Estado de la Unión que usa el criterio “subjetivo”, el juez pregunta al paciente demandante qué riesgos y qué complicaciones desearía haber conocido. Tal pregunta se basa en la convicción de que “cada paciente tiene unas necesidades distintas de información, especialmente los que tienen creencias idiosincráticas o peculiares, un comportamiento sanitario fuera de lo habitual, una historia personal o familiar característica o alguna otra circunstancia de este tipo”⁸. Este criterio implica, por lo tanto, que si un médico tiene fuertes razones para creer que su paciente desearía conocer un determinado riesgo, aunque él personalmente no lo considere de importancia “material”, tiene la obligación de comunicárselo. Este criterio ha sido mayoritariamente rechazado tanto desde el punto de vista legal como ético porque coloca a los médicos en una situación de desprotección evidente, y les obliga a someter a sus pacientes a la lectura de interminables listas de riesgos posible, antes de obtener su consentimiento, para intentar protegerse.

Información con calidad suficiente: el problema de la comprensibilidad

Como ya se ha afirmado, lo que durante las décadas de los sesenta y setenta preocupó mayoritariamente a los que reflexionaban sobre el consentimiento informado era el de la cantidad de información a proporcionar a los enfermos. Sin embargo, el progresivo descubrimiento de que la mayoría de los pacientes comprendían deficien-

temente la información tanto verbal como escrita¹⁰ supuso que en la década de los ochenta haya cobrado relevancia el problema de la dificultad excesiva de comprensión de las informaciones suministradas¹¹⁻¹³.

La cuestión es compleja, y en ella pueden considerarse dos aspectos diferentes. Existe una *dificultad objetiva* de la información transmitida por su tecnicismo, el uso de expresiones largas y enrevesadas, etc. Esta dificultad se origina en el médico, en cuanto emisor de esa información. Pero también existe una *dificultad subjetiva*, que radica en el paciente como receptor, en sus mayores o menores capacidades psicológicas para comprender lo que se le está diciendo. De aquí que este segundo tipo de dificultad esté intrínsecamente unido a uno de los requisitos de la teoría del consentimiento informado que se verá a continuación, el de la *competencia*.

La exigencia que se le plantea al médico es la de reducir al mínimo posible ambos tipos de dificultades: comunicándose con sus enfermos de la forma más sencilla y clara posible y tratando de optimizar al máximo su competencia para tomar cada decisión.

En el caso español, el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, de nuevo en su punto 5, es bien claro al respecto cuando dice que el paciente tiene derecho a que se le proporcione información “en términos comprensibles”, tanto verbal como escrita.

Competencia

El concepto de competencia/incompetencia es quizás uno de los más complejos y nucleares de la teoría del consentimiento informado, e irrumpió en la medicina mediante el encuentro entre la psiquiatría y el Derecho. Según la teoría del consentimiento sólo los pacientes competentes tiene el derecho –ético y legal– de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto, o sea, de otorgar o no el consentimiento. A los pacientes incompetentes se les niega ese derecho y por tanto son otros los que toman las decisiones en su lugar. En nuestro país, en virtud del punto 6, apartado b, del artículo 10 de la Ley General de Sanidad, son los familiares o personas allegadas los que ejercen esta función. La competencia podría definirse como la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. La de-

terminación de la competencia no es una tarea sencilla. A ello se debe quizás el hecho de que a pesar de ser un elemento tan importante del consentimiento, haya sido durante mucho tiempo un área relativamente poco trabajada dentro de la bioética norteamericana.

En 1977, tres bioeticistas americanos que se han dedicado de forma intensiva a la teoría del consentimiento informado, notificaban que los criterios que estaba usando la jurisprudencia americana para establecer la competencia podían agruparse en cinco apartados¹⁴: *a)* comunicación de decisiones; *b)* dar un motivo razonable (sensato) para estas decisiones; *c)* manifestar decisiones basadas en motivos racionales (no debidos a enfermedad); *d)* capacidad para comprender el proceso de toma de decisiones, y *e)* comprensión real y completa de ese proceso.

Posteriormente en 1982 la President's Commission desechó explícitamente el tercer criterio de la lista anterior y propuso³: *a)* la posesión del paciente de una escala de valores en que fundamentar sus decisiones; *b)* capacidad para comprender y comunicar información, y *c)* capacidad para razonar y discutir acerca de la propia opción.

El rechazo del tercer criterio no era arbitrario. Se debió a que la postura acerca de los criterios de competencia que triunfó en la bioética americana en aquellos años no era la que se fijaba en el tipo de decisión final que toma el enfermo, si ésta parece o no razonable. La postura triunfante se fijaba más en la estructura del procedimiento de toma de decisiones y de argumentación que utiliza el paciente, que en los contenidos concretos de ese proceso.

Sin embargo en 1985, James F. Drane, en un artículo del Hastings Center Report que se ha convertido en un clásico, describía un método de evaluación de la competencia que introducía un matiz importante¹⁵. Este método también valoraba el *procedimiento*, pero además las consecuencias de la acción elegida finalmente por el sujeto. Así, en la medida en que estas consecuencias son progresivamente más graves, Drane exige en su método un mayor grado de capacidad y una mayor perfección en cuanto al procedimiento para que la decisión final resulte aceptable, *competente**

Tanto los criterios de la President's Commission como las sugerencias de Drane han sido bastante bien acogidos en EE.UU. De hecho, Allen E. Buchanan y Dan W. Brock, dos filósofos

que formaron parte de la President's Commission y que se han dedicado de forma intensiva al problema de la competencia e incompetencia de los pacientes, han recogido estas líneas maestras en una obra, "Deciding for others. The ethics of surrogate decision making", que ya resulta un punto de referencia imprescindible a la hora de ahondar en los problemas de la toma de decisiones en el caso de pacientes incompetentes¹⁶.

Sin embargo, quedan por resolver cuestiones muy importantes. La más urgente es la elaboración de protocolos de determinación de la competencia de los enfermos que puedan ser aplicados en la práctica clínica diaria. Los trabajos más recientes de la literatura sobre competencia parecen caminar en esta dirección^{17,18}.

Validez y autenticidad

Estos requisitos no se encuentran en la definición de consentimiento informado del Colegio de Médicos Americano porque son una adquisición más tardía. En realidad están estrechamente ligadas al concepto de competencia; más bien son unas exigencias subsidiarias de ésta. El concepto de validez tiene mucho que ver con la *intencionalidad* de las acciones, la cual está muy condicionada por el estado anímico del sujeto¹⁹. Por ejemplo, una decisión tomada durante un ataque de ira puede no ser *válida* aunque el sujeto la adopte voluntaria, informada y competentemente, porque seguramente no refleja de forma adecuada sus deseos.

La *autenticidad* por su parte tiene que ver con las escalas de valores. Una decisión tomada por un sujeto voluntario, informado y competente pero que va en contra de la escala de valores que esta persona ha defendido a lo largo de toda su vida, puede no ser en realidad auténtica.

Las excepciones

Todo sistema de principios y normas éticos se acompaña siempre de una lista de excepciones. Los principios y normas definen *lo bueno*, mientras que las excepciones marcan lo que se considera *mal menor*. El peligro de las excepciones es el de llegar a erigirse ellas mismas en *norma*, por eso para que resulten aceptables deben ser siempre rigurosamente justificadas²⁰.

Las excepciones clásicas a la teoría del consentimiento, es decir, aquellas situaciones en las que se actúa sin cumplir necesariamente con sus exigencias son 6: grave peligro para la salud pública; situación de urgencia; incompetencia del enfermo; privilegio terapéutico; imperativo legal,

*Una traducción y adaptación de la Escala de Drane al castellano puede encontrarse en Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991; 149.

y rechazo explícito de toda la información por el paciente.

En la legislación española las excepciones al derecho al consentimiento informado se recogen en el punto 6 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad. En él se especifican tan sólo cuatro supuestos, dejando fuera el privilegio terapéutico y el rechazo de la información por parte del enfermo. Además, la excepción por *urgencia* está redactada de tal forma que no es difícil realizar una interpretación muy paternalista de ella.

El *privilegio terapéutico*, a pesar de no haber sido reconocido por la legislación española, es una excepción que con frecuencia es usada en nuestro país como argumento para justificar la escasa información que a veces se proporciona a los pacientes. Es quizás un buen prototipo de cómo una *excepción* tiende a convertirse en *norma*. Esta excepción fue introducida en la jurisprudencia americana por el juez del caso “Canterbury frente a Spence” (1972). En el dictamen de este caso se decía²¹:

“El médico tiene un *privilegio* terapéutico que le capacita para ocultarle información (al paciente) respecto a los riesgos del procedimiento al que va a ser sometido, en el caso que fuera evidente que un reconocimiento médico por un profesional juicioso demostrara que tal revelación supondría una grave amenaza para la integridad psicológica del paciente”.

Las situaciones clínicas en que puede realmente ser aplicada esta excepción no son tan frecuentes como puede pensarse; por tanto deben ser rigurosamente justificadas. Los estudios que se han realizado acerca del grado de ansiedad de los pacientes a los que se les suministra información de forma amplia o no evidencian diferencias significativas respecto a otras situaciones habituales de la vida de las personas, o no son concluyentes^{10,22-24}.

Maximizando el consentimiento informado

Se decía en las líneas anteriores que las exigencias legales deben ser consideradas como mínimos éticos. Pues bien, la totalidad de los elementos de la teoría del consentimiento informado que antes se han expuesto a partir de la definición ofrecida en el Manual de Ética del Colegio de Médicos Americano, en EE.UU. son también un requisito legal. Quien los cumpla satisface tanto los mínimos éticos como los máximos legales. Sin embargo, también se ha dicho antes que éticamente debería quizá tenderse a más.

Una comprensión del consentimiento informado superadora del minimismo ético trata de introducir aquél de manera profunda en la propia concepción de la relación médico-enfermo. Tratará así de que el paciente no sólo “consienta” sino que colabore activamente con el médico en la evaluación de las opciones diagnósticas y terapéuticas, y en el proceso de toma de decisiones al respecto.

Siguiendo esta línea de pensamiento** tres bioeticistas americanos, Paul S. Appelbaum (psiquiatra), Charles W. Lidz (sociólogo) y Alan Meisel (profesor de Derecho), han propuesto en una obra ya clásica de la teoría del consentimiento informado, sendos modelos de obtención del mismo²⁵.

El primer modelo, que puede traducirse como *puntual (event model)*, entiende la toma de decisiones como un acto aislado que tiene lugar en un período de tiempo limitado, generalmente inmediatamente antes de la realización del procedimiento propuesto. En él se enfatiza sobre todo la comunicación de una cierta cantidad de información al paciente en ese momento, lo que por lo general hace que se satisfagan los requisitos éticos mínimos y por tanto legales (suponiendo, claro, que el paciente sea libre y competente para decidir). Sin embargo, la preocupación por el grado de comprensión de esa información es frecuentemente escasa, con lo que el riesgo de que este modelo caiga “bajo mínimos” es elevada. Los formularios escritos de consentimiento, tal y como habitualmente se utilizan, pueden ser considerados como el símbolo central de este modelo.

El segundo modelo, al que se traducirá como *progresivo (process model)*, se basa en la participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones, e introduce la obtención del consentimiento informado como un requisito imprescindible de todos y cada uno de los pasos sucesivos que componen globalmente este proceso. La toma de decisiones en el seno de la relación médico-enfermo no es un hecho aislado sino un proceso continuo que comienza en el mismo instante en que el paciente acude al médico, y que finaliza cuando la salud objetiva y subjetiva ha sido recobrada. Aunque es cierto que existen momentos concretos dentro de esta línea continua en los que se toman decisiones más relevantes, la obtención del consentimiento informado no se limita tan sólo a estos instantes.

**Una versión resumida puede encontrarse en Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed Consent. Arch Intern Med 1988; 148: 1.385-1.389.

Aunque el modelo *progresivo* es más deseable, presenta evidentemente límites en su aplicación. Sólo puede ser desarrollado por aquellos médicos que tengan un contacto directo y prolongado con sus pacientes. Determinadas especialidades médicas, como la radiología por ejemplo, se verán obligadas a ceñirse al modelo puntual, aunque evidentemente traten de maximizarlo en lo posible. Por otra parte, aun en el seno del modelo *progresivo* existirán momentos concretos, cuando haya que tomar decisiones muy importantes, en los que las pautas de comportamiento estarán muy cercanas al modelo *puntual*, incluso utilizando formularios escritos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España I y II. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1991; 53: 267-303. 54: 245-267.
2. Ad hoc Committee on Medical Ethics, American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. Ann Intern Med 1984; 101: 129-137, 263-274.
3. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Making Health Care Decisions. Washington DC: Government Printing Office, 1982; 1.
4. Meisel A, Roth HL, Lidz CW. Toward a model of the legal doctrine of informed consent. Am J Psychiatry 1977; 134: 285-289.
5. Alfidi RJ. Controversy, alternatives and decisions complying with the legal doctrine of informed consent. Radiology 1975; 114: 231-234.
6. Morgan LW, Schwab IR. Informed consent in senile cataract extraction. Arch Ophthalmol 1986; 104: 42-45.
7. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989; 165-173.
8. Beauchamp TL, McCullough LB. Ética Médica. Barcelona: Labor, 1987; 76-79.
9. Reuter, SR. An overview of informed consent for radiologists. AJR 1987; 148: 219-227.
10. Meisel A, Roth LH. What we do and do not know about informed consent. JAMA 1981; 246: 2.473-2.477.
11. Bergler JH, Pennington AC, Metcalfe M, Freis ED. Informed consent: How much does the patient understand? Clin Pharmacol Ther 1980; 27: 435-440.
12. Riecken HW, Ravich R. Informed consent to biomedical research in Veterans Administration Hospitals. JAMA 1982; 248: 344-348.
13. Byrne DJ, Napier A, Cuschieri A. How informed is signed consent? Br Med J 1988; 296: 839-840.
14. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977; 134: 279-284.
15. Drane JF. The many faces of competency. Hastings Cent Rep 1985; 4: 17-21.
16. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others. The ethics of surrogate decisions. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
17. Kaplan K, Price M. The clinician's role in competency evaluations. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11: 397-403.
18. Draper RJ, Dawson D. Competence to consent to treatment: a Guide for the Psychiatrist. Can J Psychiatry 1990; 35: 285-289.
19. Couceiro Vidal A. La información al paciente. JANO 1991; (extra III): 77-82.
20. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991; 134-136.
21. Brahams D. Doctor's duty to inform patient of substantial or special risks when offering treatment. Lancet 1985; 1: 528-530.
22. Spring DB, Winfield AC, Friedland GW, et al. Written informed consent for IV contrast-enhanced radiography: Patients' attitudes and common limitations. AJR 1988, 151: 1.243-1.245.
23. Simes RJ. Randomised comparison of procedures for obtaining informed consent in clinical trials of treatment for cancer. Br Med J 1986; 293: 1.065-1.068.
24. Myers MG, Cairns JA, Singer J. The consent form as a possible cause of side effects. Clin Pharmacol Ther 1987; 42: 250-253.
25. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice. Oxford University Press, 1987; 151-174.