

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO POLÍTICA PÚBLICA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Juan GARZA RAMOS
Luis F. HERNÁNDEZ LEZAMA

SUMARIO: I. *Políticas públicas en salud.* II. *Reflexiones a manera de propuesta.*

I. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

A fin de entender el origen, la orientación y, en su caso, el alcance de las políticas públicas en salud, en primer lugar consideramos necesario conocer el marco regulatorio de la actuación del Estado, así como los derechos y las obligaciones del gobierno y de los gobernados en el marco del pacto establecido en la legislación.

La primera consideración es si el derecho a la protección de la salud consignado en el cuarto párrafo del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se concibe como una garantía de la sociedad mexicana o como un derecho individual de los habitantes de la nación.

El otro aspecto es que la protección se materializa mediante las modalidades de acceso a los servicios de salud y a la definición de la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en las materias de salubridad general.

En este sentido, la Ley General de Salud norma las actuaciones de los estados y los municipios en lo correspondiente a su actuación y alcances en la operación, regulación y control de las actividades de las organizaciones e instituciones que conforman el sistema nacional de salud:

Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

...

...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.¹

Ahora bien, cuando hablamos de políticas públicas, una de las consideraciones que se espera identificar es un concepto que contenga un objetivo claro, cuantificable y susceptible de un seguimiento continuo, al cual se le han asignado recursos e identificado responsables e indicadores que evalúen su proceso de avance, y que deviene de la necesidad de satisfacer una necesidad, minimizar un riesgo o prevenir un daño inminente, ya sea inmediato o mediato.

En esta tesitura, la política definida en la legislación referente a la protección de la salud está claramente enfocada a las modalidades de acceso que los mexicanos pueden tener a los servicios de salud y las responsabilidades derivadas del pacto federal.

Hoy por hoy, esta política constituye el principal punto de trabajo y énfasis de la administración actual, primero denominada “cobertura universal”, y que actualmente ha quedado en “universalización de los servicios”, aunque no es claro si ambas expresiones tienen el mismo significado.

En este gran marco, la política pública de salud posee desde nuestra perspectiva: primero, un profundo sentido asistencialista, considerando a la persona como ente pasivo y víctima de la enfermedad, y en segundo lugar, abordada básicamente desde un enfoque eminentemente medicalista de la salud; así, la atención de la salud es un quehacer médico con las implicaciones que esto tiene, y que trataremos de analizar en este capítulo.

En primer lugar, es importante destacar que si bien la Ley General de Salud fue expedida el 7 de febrero de 1984, nunca definió qué es estar sano y qué se persigue con el acceso a los servicios de salud; no fue hasta diciembre de 2013 cuando se incluyó una definición de salud, la constitucional de la OMS (1948), la cual sin una actualización adecuada enfatiza aún más su carácter ahistórico, apolítico y estático, lo que confunde más el papel de los servicios en la protección de una salud así definida: “Artículo 1o. bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4o.

² Ley General de Salud, artículo 1o. bis.

Cuando analizamos las finalidades de la protección de la salud, que están definidas en el artículo 2o. de la ley, podemos pensar que aquéllas están soportadas plenamente en una concepción unidimensional biológica del individuo, de la que emanan sus capacidades y potencialidades, dejando de lado la cultura, la educación, la organización social, la política, la religión y la influencia del entorno, las cuales juegan un papel, si no determinante, sí altamente significativo en la concepción de sano, normal, bienestar, responsabilidad, posibilidades, etcétera, de la concepción individual de la salud —mi salud—.

Artículo 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.³

En este marco, resulta dable pensar que el énfasis fundamental de la protección de la salud es primordialmente su restauración, o sea, proteger contra enfermedades definidas, y para las cuales hay un medio médico de protección: la vacuna, o bien que mediante el uso de tecnologías médicas se realice el diagnóstico y, de ser posible, la curación de los enfermos. De ahí los crecientes gastos en infraestructura e insumos de diagnóstico y tratamiento, con una escasa o nula consideración de que las principales causas de la enfermedad y muerte de la población tienen que ver con la educación, los estilos de vida y el acceso a satisfactores sanos y naturales para sus necesidades diarias.

Para entender a qué se refieren las modalidades de acceso, tenemos que recordar que los servicios de salud pueden ser de cuatro tipos fundamentalmente:

³ *Ibidem*, artículo 2o.

- 1) Los que se organizan a partir del acuerdo entre los trabajadores y sus empleadores, constituyéndose esos servicios en derechos o prerrogativas laborales.
- 2) Los que organiza el gobierno para la atención de sus empleados, que aunque en la esencia coincide con el anterior, tiene sus particularidades, ya que dependiendo del nivel de los empleados, la calidad de las instalaciones y los servicios serán diferentes.
- 3) Los que organiza el gobierno para la atención de la población en general, particularmente las personas de bajos recursos.
- 4) Los que surgen en el mercado, y que constituyen un sistema comercial especialmente dirigido a los que pueden pagarlo o a los que están protegidos a través de los llamados “seguros de gastos médicos”.

En estas condiciones, la relación entre los servicios, los prestadores de los servicios y quienes los reciben cuentan con una dinámica de sumo interés y diferencial.

Si bien los primeros son parte del contrato de trabajo, ante la escasa educación de salud que tenemos en general, la inequitativa distribución de las ganancias y los bajos sueldos, que obligan a la búsqueda de ingresos complementarios o a extensión de jornadas laborales, así como la falta de planeación adecuada de los espacios urbanos, la cual provoca traslados, que consumen hasta el equivalente de la mitad de las jornadas de trabajo, aunado a una permanente saturación de los servicios, la adecuada atención de problemas que podrían prevenirse, o por lo menos atenderse cuando son menores, se ve permanentemente retrasada, y se convierten en emergencias que, además de elevar significativamente los costos de atención, no pocas veces causan severos trastornos, haciendo irreversibles o crónicos los padecimientos, y aun provocando desenlaces fatales, como el significativo y alarmante caso de los altos índices mortalidad materna, que han puesto de manifiesto las limitaciones del modelo de atención.

Estos hechos obligan a los médicos a atender en tiempos reducidos y sin los recursos necesarios a una gran cantidad de enfermos que sean de primera vez o en consultas de seguimiento, lo que aumenta significativamente los riesgos de errores de diagnóstico, inadecuadas prescripciones o, incluso, dejar pasar signos o síntomas que podrían indicar agravamientos de padecimientos, que van a conducir a emergencias o situaciones que para su solución requerirán intervenciones con un grado de complicación mayor y muchas veces con efectos y daños irreversibles.

Este modelo, actualmente representado en México —principal, pero no únicamente— por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cubre al 34.6% de la población.⁴

Por otra parte, los servicios que el gobierno ha organizado para la atención de sus colaboradores, si bien cuenta con más de 1,000 unidades de servicios de salud para atender a los más de 5.3 millones de empleados (6.8% de la población),⁵ casi una tercera parte recibe un apoyo adicional para el pago de un seguro de gastos médicos, que le permite acceder a los servicios privados de salud; en cambio, el resto de la población recibe los servicios en 1,042 unidades de primer nivel, 125 unidades de segundo nivel, 12 hospitales de alta especialidad y un centro médico.

No obstante la infraestructura, la falta de un modelo predominantemente preventivo de cuidado de la salud, aunado a los estilos de vida y al envejecimiento de la población, la demanda de servicios satura su capacidad y obliga a que un alto número de los casos deban resolverse de urgencia.

El 15 de mayo de 2003 se publicó una gran reforma a la Ley General de Salud, por la que se incluyó el título tercero bis, intitulado “De la protección social en salud”.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención...⁶

Este sistema, conocido coloquialmente como “seguro popular”, es el que vino a reorganizar los conocidos “servicios de salud a población abierta”, los cuales tradicionalmente otorgaba la Secretaría a través de casas de salud, centros de salud, hospitales regionales, hospitales estatales y la cadena

⁴ Fuente: Padrón General de Salud, diciembre de 2013 en *La universalización del sistema de salud en México. ¿Qué papel toma la evaluación de tecnologías para la salud (ETES)?* Dr. E. Glez. Pier, octubre 2014.

⁵ *Idem.*

⁶ Ley General de Salud, artículo 77 bis 1, párrafo 2.

de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad, que desde 1940 conformaron la red asistencial de salud.

A partir de la expedición de la Ley General de Salud en 1984 se inició el proceso de descentralización de los servicios coordinados de salud para constituirse en servicios estatales de salud; con esta reforma y sus actualizaciones, esta red adquiere una nueva denominación, para pasar a ser “regímenes estatales de protección social en salud”, donde su cobertura teórica es de 57.3 millones de personas, que representa el 46.8% de la población.⁷

Los institutos nacionales de salud y los hospitales de alta especialidad han pasado a conformar una red aparte, con características de concentración y atención mixta, que tanto atienden referencias del seguro popular como atención por demanda directa con pago, más parecido al modelo de mercado que veremos más adelante.

La atención del seguro popular está enfocada prioritariamente a la población de los dos primeros deciles de ingreso, y provee un limitado paquete de servicios considerados en el Catálogo Único de Servicios de Salud (Causas), además de contar con un fondo de apoyo para los llamados “gastos catastróficos”.

Finalmente, los servicios privados de salud constituyen una red que incluye tanto consultorios médicos, clínicas de atención —particularmente maternidades y de servicios estéticos—, unidades hospitalarias de especialidades y complejos hospitalarios de alta especialidad, que se manejan principalmente por las leyes del mercado. La modalidad actual es que los consultorios médicos sean anexos de farmacias, para reconstruir el viejo modelo de los sesenta y setenta, en el que los consultorios, sobre todo de los pequeños centros de población, contaban con una pequeña farmacia o botiquín, sólo que ahora el promotor de los servicios es la farmacia que han constituido grandes y poderosas cadenas, en las cuales se brindan, además de los medicamentos, los servicios médicos. Este modelo adquirió relevancia cuando la autoridad regulatoria, ante la alarma difundida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de que una gran cantidad de bacterias causantes de enfermedades infecciosas estaban desarrollando mecanismos de resistencia a los tratamientos con antibióticos, debido al uso indiscriminado e inadecuado de los mismos, puso énfasis en el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el artículo 226 de la ley, que consiste en el requisito de presentar una receta para la compra de antibióticos; así, las cadenas de farmacias salvaron este requisito y se fortaleció un sistema de ventas basado en la “prescripción por inventario”.

⁷ Fuente: Padrón General de Salud, diciembre de 2013 en *La universalización...*, cit.

Las clínicas de maternidad se ubican principalmente en zonas o colonias populares densamente pobladas con personas no afiliadas a sistemas de salud.

Los servicios de media y alta especialidad, generalmente, tienen anejos sistemas de consultorios médicos que atienden especialistas reconocidos, muchos de los cuales prestan sus servicios en los hospitales del sector salud por las mañanas, y son los que canalizan a los pacientes a las unidades hospitalarias del sistema privado.

El sistema privado tiene sus propias reglas; existen dos o tres cadenas predominantes con servicios de dos niveles definidos, principalmente, por sus precios. En todos estos casos la demanda la hacen los pacientes, y las decisiones son médicas, por lo que, en general, la opción de conocer y decidir sobre las características del tratamiento está basada en el precio, y no en un consentimiento informado.

Además, al no existir una relación laboral formal entre el médico y la institución hospitalaria, generalmente ésta se deslinda de cualquier responsabilidad que pudiera existir entre los médicos y sus pacientes. Recientemente, la Suprema Corte de la Nación ha resuelto que los hospitales son obligados solidarios de los médicos que incurren en negligencia cuando usan sus instalaciones, aunque no sean sus empleados directos. Nuevamente se pone de manifiesto que al no existir una plena corresponsabilidad en los tratamientos y una mayor explicación de parte de los médicos con los pacientes o sus representantes, la política pública estará más comprometida con situaciones de vulnerabilidad de ambas partes que con una real promoción del involucramiento de médicos y pacientes en el cuidado de la salud.

Por ello, consideramos que la política pública de salud está reflejada en el contenido del marco jurídico y programático; en este sentido, la ley tiene previstas una serie de obligaciones para los prestadores de los servicios de salud, así como de derechos para los beneficiarios de los servicios:

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de

seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

Artículo 51 bis 1. Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 51 bis 2. Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

Artículo 51 bis 3. Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución correspondiente a su ámbito de competencia.

Subyace la esencia del consentimiento basado en información, responsabilidad y comportamiento ético por parte de los prestadores, y conocimiento y corresponsabilidad de parte de los que lo reciben. El caso del análisis de las quejas resulta interesante, ya que de acuerdo con el marco legal vigente, éstas debieran tener como base la expectativa de los pacientes o sus familiares, generada por la información y explicaciones de los prestadores del servicio. Aun cuando no se establece claramente en la ley, el complemento sustancial de estos ordenamientos se define en la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, publicada originalmente el 30 de septiembre de 1999; a su vez, fue modificada el 22 de agosto de 2003 para incluir competencias de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y sus correspondientes estatales, así como para actualizar la instrumentación tecnológica con medios digitales.

Posteriormente, se expidió una versión actualizada como proyecto PROY-NOM-004-SSA3-2006, del expediente clínico.

Igualmente, existen consideraciones al respecto para los beneficiarios del sistema de protección social en salud conocido coloquialmente como “seguro popular”.

Artículo 77 bis 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

- I. Recibir servicios integrales de salud;
- II. Acceso igualitario a la atención;
- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;
- IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;
- VII. Contar con su expediente clínico;
- VIII. Decidir libremente sobre su atención;
- IX. *Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;*
- X. Ser tratado con confidencialidad;
- XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- XII. Recibir atención médica en urgencias;
- XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;
- XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;
- XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y
- XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.⁸

Sin embargo, como ya fue tratado en el capítulo de regulación en México, existe en la legislación una referencia especial para el consentimiento informado de los pacientes con trastornos mentales, y de manera más extensa para los casos de manejos paliativos a enfermos terminales, así como un derecho para los casos de atención de personas que padecen trastornos mentales, para los enfermos en situación terminal y para los beneficiarios del sistema de protección social en salud; lo considera como un requisito

⁸ Ley General de Salud, artículo 77 bis 37, fracciones I-XVI.

para los casos de donación. Resulta interesante que la ley considere como delito a la inseminación artificial sin consentimiento, pero en este caso no considera válido el de la mujer, sino la conformidad del cónyuge.

La ley incluyó consideraciones especiales con respecto a las aplicaciones realizadas a la investigación tanto clínica de desarrollo como experimental para el uso de técnicas novedosas de tratamiento.

Por otra parte, en la reforma a la Ley General de Salud, publicada el 5 de enero de 2009, por la que se adicionó el título relativo a los cuidados paliativos para enfermos terminales, se incluyó un capítulo de “Derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario”, en el que aparece como obligación sólo de los médicos especialistas de instituciones de segundo y tercer nivel el pedir el consentimiento informado: “Artículo 166 bis 15. Los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones... II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal...”.

Visto más que una política de participación, protección o corresponsabilidad para el paciente, parecería una política de protección institucional ante una situación de gran actualidad y controversia internacional, como es el caso de la muerte digna o los casos revelados de muerte asistida.

Por lo tanto, es difícil considerar que exista una política pública definida, soportada, activa y con el sentido de corresponsabilizar a los médicos y pacientes en la elección de sus tratamientos, pretendiendo mayor responsabilidad y seguimiento del médico respecto de la evolución y respuesta del paciente de acuerdo con el tratamiento elegido, en tanto que responsabilidad, adherencia y compromiso del paciente respecto al cuidado, conocimiento y seguimiento de las indicaciones y cumplimiento del tratamiento elegido es una condición de ambas partes todavía lejana, ya que ni el programa sectorial de salud de 2007-2012 ni el correspondiente a 2013-2018 mencionan explícitamente al consentimiento ni como medida de corresponsabilidad para la protección de la salud de los pacientes ni como estrategia de apoyo a la práctica médica.

II. REFLEXIONES A MANERA DE PROPUESTA

En este contexto, resulta necesario llevar a cabo una profunda reforma de actualización conceptual, legal y de aplicación y uso de recursos en materia de salud, a partir de la actualización de la concepción de la salud, entendiéndose ésta como un estado de equilibrio frágil, y que se comprende por su pérdida,

con base en la relación del ser humano consigo (conciencia mente-cuerpo), con su entorno inmediato (microbioma), con su medio ambiente (ecosistema) y con los demás miembros de su misma especie (sociedad).

Cada uno de estos “medios” conlleva un riesgo y genera una carga de necesidades; a su vez, el crecimiento y desarrollo desbalancea el equilibrio hacia una mayor demanda de nutrientes tanto físicos como sensoriales y afectivos. Por ello, de su adecuada satisfacción dependerá el logro de un estado de equilibrio, el cual conocemos como “salud”.

En este sentido, la principal tarea del Estado será proveer la disponibilidad y acceso a estos satisfactores, y si se piensa en protecciones específicas, programar también los medios para ofrecer servicios contra desequilibrios claramente identificados, sea a través de vacunas, programas de estimulación y educación, o bien por medio de apoyos nutricionales particulares.

Las manifestaciones del desequilibrio mencionado, aunque pueden impactar negativamente al ambiente ecológico o social donde nos desenvolvemos, se presentan principalmente en el propio individuo a través de lo que llamamos “enfermedad”, sea ésta una infección, un cáncer, la obesidad (tan actual), una adicción física a una sustancia o psicológica a una situación en particular, o, incluso, una sociopatía, causa fundamental de la violencia, y uno de los factores de la delincuencia tan extendida.

En este orden, la pregunta principal es si la organización social que conocemos como Estado es responsable de la salud y la enfermedad así concebida, de todos sus miembros, y si la parte relativa a la administración y vigilancia de sus reglas y recursos que llamamos gobierno deberían asignar una parte fundamental de los recursos de la sociedad a la atención de las enfermedades y el restablecimiento de la salud.

De ser éste el modelo a seguir, debería quedar claro en las reglas de convivencia los alcances y las responsabilidades de los diferentes actores en cada etapa de la vida y desarrollo de los individuos dentro de la sociedad, y definir claramente los alcances de la libertad y responsabilidad individual; esto posibilitará una mayor comprensión de las consecuencias de los actos de cada quien a lo largo del desarrollo, y cuándo se es capaz de la toma de conciencia de nuestra propia libertad para elegir y decidir los caminos tendientes el cuidado y mantenimiento del equilibrio —salud—, o cuándo lo perdemos —enfermedad— para poder participar activamente en la búsqueda del restablecimiento.

Idealmente, los seres humanos hemos alcanzado el conocimiento y capacidad de comprender y controlar los factores de nuestro desarrollo —el entorno micro, el entorno eco, el entorno social y la relación mente-cuerpo—; los niños, las personas con limitaciones de orden biológico y los an-

cianos —a partir de cierta edad— se encuentran con serias limitaciones para tomar esta responsabilidad o ejecutar las acciones consecuencia de su decisión; para estas circunstancias existe el orden social, donde las reglas de civilidad y las leyes subsanan estas dificultades, y el gobierno como administrador utiliza los medios de que dispone por cuenta de la sociedad para crear instituciones y medios de atención adecuada.

Por otra parte, no puede dejar de considerarse que una parte importante de nuestro desarrollo está determinada por la carga genética y por las variaciones que en el transcurso de la vida se dan, aunado a las influencias y efecto que el medio ambiente micro, eco y social tienen en los caminos del desenvolvimiento de la biología que nos soporta; por ello, cada circunstancia en la que nos enfrentamos juega un papel importante para el mantenimiento del equilibrio, al cual llamamos “salud”.

En esta concepción, el consentimiento parte de la situación consciente o no de cada individuo en particular y del entorno ecológico y social en que se encuentra. Cada uno contribuye con su huella ecológica al deterioro del ambiente en general y de su ecosistema en particular, lo cual tendrá consecuencias para sí y para su grupo. Igualmente, es el grupo social en que nos desarrollamos el que con sus interacciones crea una estructura de riesgos socialmente aceptados, como fumar, consumir determinadas sustancias, alimentos o bebidas, escuchar sonidos a niveles aceptables o nocivos, adoptar ciertos estilos de vida, optar por hacer o no ejercicio, etcétera, acciones que adoptamos por nuestra propia voluntad y por la necesidad de vernos integrados y aceptados en el grupo.

Con ello, salvo los casos de incorporación a estudios de investigación o aplicación experimental de nuevos esquemas de tratamiento, el desarrollo de nuevos medicamentos o la evaluación de dispositivos o equipos de apoyo médico, en los que el individuo, además de los riesgos y beneficios que se le explican, debe saber que al participar en un estudio de innovación siempre tendrá que ser cuidado y respetado por quienes lo invitaron, que si no desea continuar no puede ser obligado, y que recibirá alguna contraprestación por su participación, en los demás casos cuando como resultado de su desequilibrio se ha presentado una enfermedad, entonces el consentimiento debe acompañar al diagnóstico, saber qué tiene, qué significado tiene ese diagnóstico y qué opciones tiene para su atención, incluyendo las ventajas, las molestias, los riesgos y los compromisos, e incluso qué sucede si decide no seguir algún tratamiento.

En este contexto, nuestra propuesta es que el consentimiento informado se instituya como un sistema de compromiso entre el médico y el paciente, que explique en los casos en que esto es posible y necesario, porque el

restablecimiento o control del padecimiento depende en gran medida de la participación del paciente, los siguientes aspectos: cuáles son los orígenes y causas de la enfermedad, no a nivel molecular, pero sí para que él sepa cuáles de sus hábitos, costumbres y actitudes contribuyeron a la situación; qué opciones existen para su atención; las repercusiones que cada una tendrá; los riesgos y efectos asociados a ellas, y que sepa también que su restablecimiento dependerá de la adherencia que tenga al tratamiento. Este consentimiento, igualmente, debería incluir al médico o, mejor aún, a la institución para garantizar el seguimiento y dar al paciente los medios para su restablecimiento.

El consentimiento debiera formar parte del expediente clínico, y también ser parte de las guías de atención, con las debidas modificaciones por nivel de atención. Al principio quizá parece que incrementaría los tiempos de atención; sin embargo, al tener una sociedad más informada y consciente de su papel en la atención y cuidado de su salud se disminuirán los casos de descontrol y, en consecuencia, las pérdidas asociadas a internamientos prolongados, manejos de urgencias y uso de insumos de mayor complejidad y costo.