

- españoles. *Neurology Perspectives*. 2021;1(2):124–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurop.2021.04.004>.
4. Vázquez Gómez M, Galipienso Eri M, Hernández Martínez A. ¿Ha sido el 2020 un año perdido en la formación de cirugía ortopédica y traumatología? Percepción de los residentes. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2021.06.003>. Article in press.
5. Presidencia de la República del Perú. Decreto legislativo No. 1512. Decreto legislativo que establece medidas de carácter excepcional para disponer de médicos especialistas y recursos humanos para la atención de casos COVID-19. 2020 [consultado 28 Oct 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-medidas-de-caracter-excepc-decreto-legislativo-n-1512-1866264-3/>.

Francisco Wilfredo Panuera Villanueva,
Franshesca Judith Pumachagua Saenz
y Julia Cecilia Morón Valenzuela*

Escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julia.moron@upsjb.edu.pe

(J.C. Morón Valenzuela).

Disponible en Internet el 17 de enero de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.007>

2603-6479/

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.

La necesidad de una adecuada información en la validez del consentimiento informado



The need of an appropriate information in the informed consent validity

Sra. Directora:

Resulta incuestionable que el objetivo fundamental del consentimiento informado es garantizar el respeto al cumplimiento de la voluntad del paciente (respeto al principio de *autonomía*) como expresión finalista que asegura los propios derechos humanos del mismo¹.

Ahora bien, el adecuado ejercicio del mencionado *principio de autonomía* conlleva una doble vertiente: por parte del paciente, el *derecho* a una información adecuada, veraz y completa de su proceso nosológico, que permita la toma de decisiones más adecuada en función de sus expectativas y creencias, y por parte del facultativo, la *obligación* de que la transmisión de dicha información esté en consonancia con las características personales del paciente (nivel cultural, grado de ansiedad, capacidad de comprensión de las alternativas propuestas, etc.). La conjunción de ambas partes representará la garantía del adecuado cumplimiento del *principio de autonomía* respecto de la actuación médica, como eje vertebrador de una asistencia sanitaria basada en la calidad².

El ejercicio sanitario actual representa una actividad que podría considerarse como contradictoria. Resulta evidente que si bien la actuación médica es más eficaz desde un punto de vista tecnológico (nuevos métodos diagnósticos, asistenciales, etc.) en relación con épocas pretéritas, paradójicamente conlleva una mayor inseguridad, derivada de su fragmentación que, a menudo, produce una disparidad de criterios entre distintos profesionales, acentuando la confusión en la información que se transmite al paciente, dando lugar a un *paciente hiperinformado*, que es la antítesis de un *paciente correctamente informado*. Dicha situación se incrementa por parte del propio paciente en la búsqueda de mayor información por el auge de las tecnologías de la comunicación (Internet, redes sociales, foros de pacientes,

etc.), de tal forma que en numerosas ocasiones el exceso de conocimiento (a menudo no contrastado) puede conducir a una elección equivocada si esta no cuenta con el adecuado asesoramiento del facultativo^{3,4}.

Se impone, por tanto, que el consentimiento informado se base en una información rigurosa pero precisa, lo que implica por parte del facultativo el ejercicio de una tarea de comunicación personalizada adaptada a la complejidad individual del paciente.

No es tarea sencilla, por la complejidad técnica actual y a menudo la despersonalización del ejercicio médico, pero es indispensable para garantizar que el consentimiento informado cumpla su función esencial, que, en definitiva, tal y como se mencionó previamente, representa como fin último la garantía del cumplimiento de los derechos humanos de los pacientes.

En el presente artículo proponemos 3 pautas para que dicha información alcance su propósito: la información como proceso, la implicación del entorno familiar y la información consensuada.

La información debe concebirse ante todo como un *proceso*, no un *acto* puntual y en ciertas ocasiones un trámite burocrático, esto es, debe estar sujeta al curso evolutivo de la enfermedad, adaptándose en el tiempo a las variaciones individuales de la misma, determinando dicho proceso una actitud dinámica en consonancia con el proceso madurativo que el enfermo, desde su *situación de incertidumbre*, experimenta respecto de su enfermedad y que simétricamente influye en la actitud del facultativo. Es por ello que este ha de huir de la *precipitación*, justificable en instancias iniciales o en situaciones específicas (situaciones de urgencia), y acompañar al enfermo a lo largo de su proceso nosológico para apreciar sus inseguridades y motivaciones, y asimilar en ocasiones cambios de actitud del paciente con respecto a una primera decisión. En este escenario, el médico deberá proporcionar su conocimiento al paciente sin imposición, de tal manera que este lo perciba como un medio terapéutico a su alcance, propiciando el diálogo interpersonal entre ambos. Esta actitud representa la superación de la relación asimétrica médico-paciente que caracterizaba el *paternalismo médico* a favor de una relación consensuada entre ambos. Por otra parte, la mencionada tecnificación del ejercicio médico debe evitar actitudes desgraciadamente tan

habituales hoy en día como es la práctica de la *medicina defensiva*⁵ como mecanismo de protección del facultativo ante posibles conflictos legales, en detrimento de los derechos del paciente, creando en el mismo la falsa creencia de la *infallibilidad tecnológica*, con la consiguiente merma de su libertad de decisión.

Por otra parte, si bien es generalizada la aceptación de la necesidad de superar el *paternalismo médico*, el médico no debe olvidar que existe otra forma de actitud protectora que podríamos denominar *paternalismo familiar*, especialmente en ciertos enfermos que podríamos llamar *frágiles*, en los que predomina un cierto estado de resignación o de postración frente a su enfermedad y que suelen delegar la toma de decisiones en su núcleo familiar⁶. Representa una actitud frecuente por parte del facultativo la *información compartida* (siempre que no medie la negación explícita por parte del paciente) hacia el componente familiar del mismo, ya que a menudo este adoptará un papel decisivo en la futura evolución de la enfermedad, pero siempre subrayando que el elemento autónomo es el propio paciente, asegurando entre ambos el *principio de confidencialidad*, sin que esto signifique en modo alguno que la delegación del principio de autonomía del mismo hacia su medio familiar implique una actitud de *maleficencia* del mismo. Simplemente, estando el paciente en completa situación de lucidez y sin mediar una incapacitación legal, el facultativo deberá priorizar la decisión del paciente frente al núcleo familiar, aun estando guiados estos por una actitud de *beneficencia*.

Por último, hemos de subrayar que pese a que el médico directamente implicado en última instancia guiará el proceso de información, la fragmentación de la actividad sanitaria antes señalada exige por parte de este último, a través de un intenso ejercicio de comunicación, la coordinación con el resto de personal facultativo (médicos y enfermeras) implicado en la labor asistencial, evitando opiniones o actos contradictorios en pos de una información adecuada, consecuente y veraz.

Bibliografía

1. Cargill SS. How do we really communicate? Challenging the assumptions behind informed consent interventions. *Ethics Hum Res.* 2019;41:23–30.

2. Kamali F, Yousefy A, Yamani N. Explaining professionalism in moral reasoning: A qualitative study. *Adv Med Educ Pract.* 2019;10:447–56.
3. Askren A, Leslie P. Complexity of clinical decision making: Consent, capacity, and ethics. *Semin Speech Lang.* 2019;40:162–9.
4. Kraft SA, Garrison NA, Wilfond BS. Understanding as an ethical aspiration in an era of digital technology-based communication: An analysis of informed consent functions. *Am J Bioeth.* 2019;19:34–6.
5. Dudeja S, Dhirar N. Defensive medicine: Sword of Damocles. *Natl Med J India.* 2018;31:364–5.
6. Halvorsen I, Rø Ø. User satisfaction with family-based inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa: Retrospective views of patients and parents. *J Eat Disord.* 2019;7:12.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^c
y F. Luque Martínez^d

^a *Facultativo Especialista de Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Vocal del Comité Ético de Investigación de Granada, Granada, España*

^b *Enfermero, Profesor del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España*

^c *Enfermera, Supervisora de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

^d *Doctor en Farmacia, Vicepresidente del Comité Ético de Investigación de Granada, Responsable de Formación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.09.005>
2603-6479/

© 2020 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Blockchain. Un novedoso abordaje en la seguridad del paciente



Blockchain. A new approach in patient safety

Sra. Directora:

..., Tal y como asegura el principio de que «el acceso a una atención sanitaria segura es un derecho básico del ciudadano», la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la seguridad del paciente (SP) constituye un problema de salud pública de primer orden a nivel mundial¹.

Actualmente estamos inmersos en un modelo de asistencia sanitaria cada vez más complejo en el que la SP representa uno de los parámetros de calidad asistencial que

aportan mayor valor tanto para las instituciones sanitarias, profesionales y para el propio paciente. Con respecto de este último, elemento finalista de las prestaciones sanitarias, los nuevos cambios tecnológicos han experimentado una evolución que podríamos calificar como paradójica. Pese a que resulta innegable que la práctica asistencial es más eficaz que en épocas pretéritas, como lo muestran los recientes avances tecnológicos (nuevas terapias, irrupción de la inteligencia artificial...), dicha eficacia no necesariamente resulta equivalente a seguridad, por cuanto que la primera se fundamenta en una organización sanitaria basada en 3 elementos clave: la fragmentación, la digitalización y la incomunicación entre sus distintos componentes, por lo que podríamos afirmar que la atención sanitaria ha aumentado en eficacia a expensas de una disminución de la seguridad².