

El consentimiento informado y su interpretación legal



Por Ricardo de Lorenzo

Martes, 05 de febrero de 2013, a las 10:55



La exigencia de consentimiento informado y su interpretación legal en el terreno diario de la práctica clínica ha evolucionado como pocas otras materias del Derecho Sanitario, y precisamente esta evolución ha sido objeto de análisis el pasado viernes, en una jornada titulada 'El consentimiento informado del paciente', organizada por la Fundación del Colegio de Médicos de Badajoz, y dirigida por el Presidente de su Colegio el Doctor Pedro Hidalgo.

En nuestro ordenamiento jurídico tardó muchos años en incorporarse esta exigencia del consentimiento de las personas para actuar sobre ellas y no tuvo acogida legal hasta la Ley 14/1986, General de Sanidad, que lo recogió, entre otros derechos de los pacientes, en su artículo 10.

Me gustaría enfatizar que esta incorporación legal, vía parlamentaria, tuvo una aparición justo de forma contraria a lo que es usual en nuestro medio sociocultural. En España es habitual que las demandas sociales de regulación legal de cualquier asunto vengan motivadas por el hecho de que en la sociedad se dan situaciones de hecho que requieren de su normación y la voz social, llegando al Parlamento, motiva la aparición de la norma reguladora de aquellas situaciones. Así ha venido sucediendo, como es de todos sabido con el divorcio o el aborto, por ejemplo. La regulación de la institución jurídica del consentimiento informado siguió, no obstante, el camino opuesto y declaró la necesidad de sujetar a una regulación normativa recién aparecida, unas situaciones sobre las que no se había planteado inquietud alguna de insuficiencia normativa. La actuación sanitaria se llevaba a cabo, al aparecer la norma, bajo patrones verticales y paternalistas y aquel precepto, de la Ley General de Sanidad, que obligaba a informar al paciente para recabar su consentimiento encontró un tanto confusos y sorprendidos al medio sanitario y a sus profesionales, así como a los operadores del Derecho. Acordarnos de aquello nos produce una curiosa sensación, hoy, tras la imparable evolución, de estos asuntos, en su clarificación y consolidación con una fuerza y rotundidad como la que hoy tenemos, con la Ley Básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

No obstante, quizás lo comentado anteriormente, pueda ser la razón por la que todavía hoy, son muchos los Médicos que continúan manejando el proceso del consentimiento informado como un trámite administrativo sin más.

Siguen entregándose en la admisión de los pacientes, documentos bien preparados para el proceso informativo, con sus correspondientes espacios en blanco e incluso dibujos descriptivos, que quedan sin completar por el Médico responsable, o que nos los encontramos totalmente vacíos de datos específicos, o con anotaciones ilegibles o vagas.

Fácilmente los Médicos y algunas Instituciones Sanitarias caen en la trampa de creer que lo único que necesitan es lograr que el paciente estampe su firma sobre el documento para tener un consentimiento válido. Existe demasiado énfasis en demostrar que el paciente autorizó el procedimiento (algo que la mayoría de las veces es fácil de probar y queda fuera de la discusión) y poco interés en documentar la información brindada al paciente para ayudarlo a tomar una determinación, algo mucho más difícil de probar en los juicios por responsabilidad profesional.

Documentos de este tipo, entregados por un administrativo minutos antes de una cirugía o procedimiento y sin que reflejen el proceso de información que se realizó con el paciente suelen ser desestimados en los tribunales. Cada vez es mayor la jurisprudencia en donde la principal acusación no es ya la "mala praxis" sino la violación del derecho del paciente a tomar una decisión informada, partiendo del presupuesto de que la capacidad de decidir es manifestación y ejercicio de la autonomía de las personas y ésta se asienta en la dignidad del ser humano.

La consideración de la persona como ser autónomo, introducida por el protestantismo no pudo por menos que afectar a la relación Médico – Paciente, llevando a una progresiva horizontalización de la misma, convirtiendo este vínculo en simétrico, en el modo que actualmente lo conocemos. Esto explica el tránsito de la relación de modelo vertical (con el Médico como protagonista) al antes referido de tipo horizontal (en donde el protagonismo lo asume el Paciente).

La importancia de este cambio se sitúa en numerosos aspectos, pero su relevancia en el campo de la información es fundamental. Bajo criterio del modelo vertical la información se le dispensa al Paciente sólo para obtener su

colaboración (seguimiento de una terapia, por ejemplo). Conforme al modelo horizontal, sin embargo, el objeto de la información es conformar (dar forma) a la voluntad del Paciente para que pueda tomar decisiones (ejercer su autonomía, en definitiva) orientadas a consentir o a disentir (como lógico reverso) respecto de la acción misma propuesta por el medio sanitario, formato este último que introduce numerosas exigencias al profesional, pero aporta elementos ajenos al ámbito científico que humanizan y dignifican la profesión sanitaria.