



Mitos y miedos del consentimiento informado

Por Ricardo De Lorenzo, socio-director de De Lorenzo Abogados

Una jornada sobre seguridad del Paciente y calidad asistencia organizado por la Fundación Mapfre, en el Colegio de Médicos de Badajoz, ha permitido esta semana pasada, analizar los **mitos y miedos del Consentimiento Informado** como útil para mejorar esa calidad de la asistencia sanitaria y su seguridad clínica.

En ella se puso de manifiesto como todavía 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, son muchos los médicos que continúan manejando el proceso del consentimiento informado como un trámite administrativo sin más, una mera obligación legal que hay que cumplir para **evitar las consecuencias perjudiciales de su omisión**, sin aprovechar este proceso como medio de potenciar y mejorar el mutuo diálogo entre médicos y enfermos.

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 se pueden encontrar 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

Los derechos humanos, la dignidad de la persona, su autonomía y libertad están ahí y aunque se vulneren o se pretenda ignorarlos, no dejan de proclamar y de gritar su exigencia y necesidad en cualquier comunidad política que pretenda constituir un Estado de Derecho. **Negar o pretender**

ignorar tal exigencia y su cumplimiento no sirve de nada y no hace sino colocarse fuera de la norma dictada por el Parlamento elegido democráticamente y que se encuentra en cualquier Estado civilizado y de libertad y respeto a los derechos humanos, e incurrir en responsabilidad de diversa clase, según las circunstancias y resultados del caso.

Reconozco que ello ha exigido un cambio de mentalidad en nuestros galenos, que deben entender la alteridad, la dignidad del enfermo, su autonomía y libertad, así como el derecho a decidir sobre su propia vida y destino. Aquí las poses doctorales, la distancia y frialdad profesional y menos todavía la soberbia, ese pecado esencialmente satánico, nada tienen que ver. Ciertamente que tal exigencia supone molestias y exige más dedicación al enfermo, pero ello constituye precisamente el supremo quehacer del Médico.

Hay que pensar que los enfermos en una gran mayoría de ellos no entienden y comprenden bien los documentos del consentimiento que se les entregan. ¡Existe tan poca oralidad y tan escasa comunicación!, los documentos de consentimiento informado, se suelen entregar a los pacientes que están a punto de someterse a un proceso quirúrgico y se olvida que para su comprensión se requiere un proceso dialógico previo, dado que sus lecturas y relecturas requerirán de una enseñanza previa de tipo medio, al menos para poder comprenderlos con corrección.

Pienso que no es mucho pedir una información adecuada y puesta al alcance del enfermo para que ostente, después de recibida, la capacidad de elección y de decisión en algo que, en definitiva, afecta directa y primordialmente a su persona y a su vida. La realidad es que el consentimiento informado, se ha convertido (¡triste es decirlo!) y no pocas veces en una exigencia escrita, en cuanto se hace firmar al enfermo antes, muy poco antes, del acto quirúrgico y que el enfermo o no lee debidamente o no comprende en todo su alcance y donde las escasas informaciones verbales son breves, muy breves y casi siempre sin diálogo.

En la práctica se ha convertido así esta exigencia legal en un medio de demostrar "a posteriori", en un momento más lejano en el tiempo y en un futuro proceso, que se ha realizado la información y se ha recabado el consentimiento. Se busca más la prueba anticipada para emergencias posteriores que el reconocimiento de la libertad y de la decisión autónoma del paciente para elegir entre las posibles opciones, inclusive la mera negativa a toda intervención. Se ha trocado así una institución destinada a proteger la libertad y la autonomía del enfermo, en su realización práctica, en su actuación diaria, en un eventual medio de defensa ante posibles y futuras reclamaciones. Tristemente hay que repetir esta gran verdad: "La letra mata y el espíritu vivifica".

La finalidad última del derecho es la de obtener la justicia. Y al servicio de la justicia, hoy concretada del derecho a la protección de la salud, deben dirigirse los esfuerzos que desde la doctrina del consentimiento informado se han y están produciendo en la regulación de la relación médico-paciente desde la perspectiva de todas las ramas del ordenamiento jurídico.

Este esfuerzo y profundización, en cuanto intento de definir los derechos y las obligaciones de todos como medio de conseguir una vida social más justa y más libre, deben preservarse y potenciarse. Pero el derecho es también y ante todo una ciencia de límites y de sentido común y a veces tan pernicioso puede resultar la ausencia como el exceso de regulación jurídica.

La doctrina del consentimiento informado ha implicado ciertamente una **nueva forma de entender la relación médico-paciente** en la que el principio ya no es sólo que la salud del enfermo es la suprema ley, sino que se articula sobre la voluntad del paciente que queda en libertad para tomar en cada caso la decisión que crea más conveniente, una vez informado de la naturaleza de los objetivos de las consecuencias y de los riesgos que comporta la aplicación de un determinado tratamiento médico.

Pero no se olvide que el fin de la medicina es curar y, cuando no se puede, cuidar, y cuando los cuidados no van a llevar a la conservación o al restablecimiento de la salud del paciente, el fin de la medicina será proporcionarle el afecto y la ayuda que sean precisos, pues en eso consiste también su grandeza.

El reto del consentimiento informado nos implica a todos, pero fundamentalmente a los médicos y es en este sentido en el que **se ha propugnado que la enseñanza de los médicos en formación incluya el más alto nivel técnico y científico, pero que ponga al mismo nivel la relación médico-paciente desde el punto de vista humano.**

Se ha dicho que la existencia misma del hombre se ha medicalizado en sus propios y fundamentales conceptos: nacimiento, muerte y vida. Con la doctrina del consentimiento informado se trata de recuperar el concepto de Rudolf Virchow según el que la medicina es una actividad social hasta la médula de los huesos.