

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS ACTOS MÉDICOS

Manuel Alonso Olea

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad vigente, de 25 de abril de 1986 dice que “todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

.....
.....

5º.- 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.

6º.- A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c) Cuando la urgencia no permita de-

moras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Dibujan estos preceptos lo que hoy generalmente se conoce como *consentimiento informado*, que comprende pues la información que debe recibir el paciente (apartado 5º) para en vista de ella decidir sobre si acepta o no someterse a un tratamiento quirúrgico o médico; o a decidir sobre qué tratamiento, si son varios los posibles (apartado 6º).



Foto: Historia de la Medicina, Jenny Sutcliffe. Blume

Antes de disponer de medios anestésicos y antisépticos, todas las intervenciones quirúrgicas resultaban tremadamente dolorosas, y exponían al cuerpo a un gran número de infecciones diversas.

Dentro de su aparente sencillez, tienen estos preceptos una extremada complejidad que su aplicación viene haciendo patente.

En primer lugar, ¿quiénes son los sujetos de la información?. Lo son, de un lado el emisor de la información que se da, “el responsable médico”, lo que excluye a cualquier persona que no sea un médico, esto es, Licenciado en Medicina y Cirugía, debiendo ser además precisamente el que esté atendiendo al paciente y, presumiblemente, si son varios los que le atienden, el a la vez más caracterizado y directamente conocedor del “proceso” sobre el que informa. De otro lado el receptor de la información, que puede y debe serlo el paciente si está en condiciones de recibirla y capacitado para entenderla. Porque, si no lo está, tienen necesariamente que recibirla sus “familiares o allegados” que normal, aunque no necesariamente, serán los representantes del menor carente de juicio –porque si lo tiene, aunque técnicamente sea menor por no haber cumplidos los dieciocho años, tiene también que ser informado-. O los allegados de la persona mayor en situación transitoria o permanente tal, que sea incapaz de percibirse de la información y de su sentido; de ahí la expresión copulativa del precepto “a él y a sus familiares”.

En segundo término, ¿quién debe consentir en vista de la información?. Si el paciente puede recibir y entender la información conforme a lo recién dicho y “está capacitado para tomar decisiones” él y sólo él; y repárese, cosa importantísima, que el consentimiento comprende no sólo la opción entre varias “intervenciones” que se le ofrezcan, sino también en el rechazo de todas, negarse a ser tratado. Voluntad ésta,

Foto: *Historia de la Medicina*, Jenny Surcliffe, Blume



En 1809, el cirujano americano Ephraim McDowell operó a la Sra. Crawford en su propio hogar, para eliminar un quiste de ovario, ejecutando una sección abdominal.

soberana que no puede trasladarse a ningún representante ni allegados legales: si al que designe el paciente para el caso. La prestación del consentimiento sólo se traslada a familiar o allegado “cuando [el paciente] no esté capacitado para tomar decisiones (apartado 6º b); el propio paciente puede haber previsto hallarse en tal situación y designar para entonces a quien deba decidir por él –y/o manifestar su decisión (¿)- usando de un *living will*, “testamento” con tal o tales contenidos.

¿Cabe proceder contra la voluntad del paciente o de allegado? Abren la respuesta cuestiones mil que parecerían hijos de la fantasía si la realidad que reflejan las sentencias no mostrara su presencia. Así, el testigo de Jehová que rechaza para su hijo, o éste mismo, ya con juicio para sí, una transfusión de sangre. O el traficante que lleva en su tracto intestinal paquetes de heroína con probables fines delictivos y se niega bien a ser radiografiado, bien a que le se administre un laxante, bien a ser intervenido quirúrgicamente para la extracción. O los casos que me dicen son frecuentes, de quienes ingresan o son ingresados en un servicio de urgencia en estado de intoxicación etílica o bajo los efectos de alguna droga.



Foto: Historia de la Medicina, Jenny Sutcliffe, Blume

Eno, un mensajero en forma de ángel, ofrece sal de frutas para facilitar la digestión, cortesía de la familia Beecham.

Y, por supuesto, las cuestiones límite de la retirada de un tratamiento o la administración de drogas que calmen el sufrimiento, aunque con posibles consecuencias letales, o el auxilio al suicidio del enfermo terminal y sufriente que lo pida; volveré enseñada sobre esto.

Queda aún la situación de que ni el paciente en su estado pueda consentir, ni sea habido allegado o pariente que pueda consentir por él. Con seguridad, en tal supuesto "si la urgencia no permite demoras (apartado 6º c), el médico debe actuar para evitar las "lesiones irreversibles o [el] fallecimiento" del paciente.

En tercer lugar, ¿cuál es la extensión de la información?; refiere ésta a cualquier "proceso" (nº 5) o a cualquier "intervención" (nº 6), ¿excluye las nimias?, ¿incluye todas las de diagnóstico o sólo las "agresivas"?; ¿todas las quirúrgicas y todas las médicas?, ¿las que tengan riesgos conocidos típicos o posibles; o remotos, pero conocidos?, ¿quid si éstos son excepcionales o imprevisibles? Sólo reglas de buen sentido pueden aplicarse a estas hipótesis so pena de enterrar en toneladas de papel los millones de actos médicos que anualmente se realizan en España como en cualquier otro país de nuestro nivel. Poner un termómetro para conocer la temperatura del paciente no parece que exija información; aunque sí el consentimiento.

En cuarto lugar, ¿cuál es el contenido de la información? Debe referir ésta tanto, digámoslo así, al proceso mismo como a su diagnóstico y pronóstico y, en su caso, a las alternativas del tratamiento, si las hay. Se diría además en cuanto a esto último que la información debe comprender en su caso la urgencia de que

el tratamiento se preste y los riesgos que se derivén si no se presta y los que se corren cuando se presta.

Prosigamos. En quinto lugar, la información no debe darse envuelta en tecnicismos médicos, sino en "términos comprensibles"; no se agota de una sola vez, si no que debe ser además de completa, "continuada". Y, en cuanto a su forma, debe ser verbal y escrita; ésta como concreción y precisión de aquélla. Es la escritura la que virtualmente obliga al uso de protocolos informativos que son los que se ofrecen al paciente para su firma como demostración y prueba que la información se dio y el consentimiento se prestó. Con todo la jurisprudencia tiene dicho que la información escrita no es estrictamente necesaria si fehacientemente consta que se dio y entendió la oral.

En sexto lugar, volviendo como dije sobre lo que podríamos *Ética del consentimiento informado*, está la delicadeza extremada de los problemas relativos a enfermos incurables terminales y a su sufrimiento.

La segura prohibición ética general de la eutanasia no obsta a la admisión, ética



Foto: *Historia de la Medicina*, Jenny Sutcliffe, Blume

Una cómoda del siglo XIX, de caoba, cuyo interior está repleto de frascos, fármacos, específicos y jeringas.

asimismo, de actuaciones contrarias al ensañamiento terapéutico. Las distintas variantes del delito que comete quien causare o cooperare a la muerte de una persona, están previstas y penadas en el artículo 143 del Código Penal.

Temas éticos también son otros mil, entre ellos los relativos a la asistencia que se debe prestar, la mejor posible. Los criterios para acomodar la misma a la limitación de los recursos, la situación tan singular del médico especialista ... Y, si se quiere, la práctica de pruebas biológicas para determinación de la paternidad; o de formas de reproducción asistida. Tan importantes son las consideraciones éticas que se ha llegado a decir que ha sido a través de la medicina como "la ética entró nuevamente en contacto con el mundo real". La *bioética* es hoy la rama de la ética que refiere a estos problemas.

En séptimo lugar, el médico debe actuar conforme a la *lex artis*; como hace milenios dijera Aristóteles: *practicar la medicina y curar no consiste en cortar o no cortar, aplicar un remedio o no aplicarlo, sino hacer estas cosas*

de una cierta manera, que es la que él médico debe saber por su oficio (*artis*) y a cuyos conocimientos debe ajustarse (*lex*).

Lo importantísimo hoy es que de esa *lex artis* forma parte el consentimiento informado, en la forma en que tan sumariamente ha quedado expuesto.

Se viola la *lex artis* si no se informa al paciente o no se obtiene su consentimiento. Nuestra jurisprudencia es hoy terminante al respecto.

Para concluir con una nueva cita de la Ley General de Sanidad: los derechos del paciente de los apartados 5º y 6º del artículo 10 al principio transcritos, rezan conforme al inciso inicial y el apartado 15º del propio artículo 10, tanto respecto de las "administraciones públicas sanitarias" como respecto de los servicios sanitarios privados.

* * * * *

Quizá el autor deba pedir disculpas por haber presentado en forma tan escueta tema que, por lo demás, le viene ocupando desde hace tiempo, de gran complejidad como el consentimiento informado lo es.