

2.3. Consentimiento informado

En el elenco de definiciones que recoge el art. 5 de la Ley 2/2010, de 8 de abril, se trae a colación la que respecto al consentimiento informado establece el art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de la manera que a continuación se expone: «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud» .

El consentimiento informado traduce en la práctica el principio de autonomía del paciente, pues supone el ejercicio de su poder decisorio respecto de las opciones que se le proponen y evidencia su autodeterminación en cuanto a las actuaciones que puedan llevarse a cabo respecto de su propio cuerpo y, por tanto, el manejo de las riendas de su propia vida.

El derecho a la información es un presupuesto del consentimiento, pero ni se confunde ni se limita por el mismo. La información se predica respecto de cualquier actuación que se produzca en el ámbito de la salud de una persona y se extiende más allá de este aspecto, pues también se recoge el derecho a la información epidemiológica, a conocer los recursos asistenciales y los requisitos para acceder a los mismos, las prestaciones disponibles y las características de los centros (dotaciones de personal, instalaciones, y medios técnicos).

La información que antecede al ejercicio del consentimiento informado se circunscribe a la necesaria para conocer la técnica, o el tratamiento que se propone al paciente y ha de servir para que este pueda formar su opinión y se pronuncie en cuanto al mismo. No por ello resulta ajena a múltiples aspectos de dichas actuaciones, que deben ser

puestos de manifiesto para que el paciente pueda adoptar una decisión fundada y que resumidamente ya constatamos en el apartado dedicado al derecho a la información.

No obstante, por la relevancia que entraña el contenido de la información previa a la solicitud del consentimiento y las consecuencias que pudieran derivarse de la omisión de la misma en todo o en parte, nos parece adecuado reiterarnos en lo que debe integrar necesariamente aquella¹³, a saber, qué es lo que se va a hacer (sobre qué se está pidiendo el consentimiento); cuáles son los objetivos (para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento); beneficios esperados (qué se espera obtener como resultado); riesgos más frecuentes y más graves (cuáles pueden ser los riesgos que corre); alternativas disponibles (qué alternativas existen a lo que se está proponiendo); riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento (qué ocurriría si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece); qué hacer si necesita más información (a quién preguntar); y la posibilidad de revocabilidad (qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado).

Los sectores consultados por esta Institución para la elaboración de este informe opinan en relación al consentimiento informado que esta figura ha tenido una gran penetración en la cultura asistencial y que está muy difundida la utilización de los formularios elaborados para dar satisfacción a la misma, cuando se exige su constancia por escrito, aunque mayormente, tal y como previene la propia ley 2/2010, de 8 de abril, el consentimiento se presta de forma verbal.

En definitiva, cuando el proceso asistencial del paciente exige de intervenciones o realización de pruebas o técnicas de carácter invasivo,

13. Vera Carrasco, Oscar. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Méd. La Paz [online]. 2016, vol.22, n.1, pp. 59-68. ISSN 1726-8958 [Consulta 23-10-2017], . Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010&lng=es&nrm=iso

se deja constancia del consentimiento por escrito, mientras que en los demás casos aquel se emite verbalmente y se registra dicha actuación en la historia clínica. En este punto, al parecer, se reproducen los esquemas de funcionamiento que en cuanto a la reseña en la historia clínica hemos comentado con anterioridad, pues si bien es generalizado el apunte sobre la existencia del consentimiento, no lo es tanto el contenido de la información suministrada.

Ahora bien algunos profesionales apuntaron que los modelos normalizados de consentimiento, más que servir al proceso de informar, con explicación de beneficios y riesgos, se convierten en una obligación formal que debe ser cumplimentada con carácter previo a la actuación sanitaria. Se sospecha así de la manera en que se plantea la emisión del consentimiento, aduciendo que tras la información pocas veces se da al paciente la oportunidad de preguntar las dudas que pudiera mantener, cuestionándose entonces hasta qué punto ha comprendido aquella y, por tanto, los pormenores de la actuación a la que se va a someter.

Sobre el particular, alguno de los profesionales consultados no alcanza a explicarse cómo es posible que pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente o se han sometido a tratamientos de radioterapia y quimioterapia, ignoren el diagnóstico, y se pregunta, en la medida en que aquellos deben ser previamente consentidos, cómo han asentido a los mismos o quién ha firmado en su nombre y con qué derecho.

Otros también dan fe de la pervivencia de un tipo de medicina paternalista en la que impera la aplicación por parte de los sanitarios de sus propios valores y que no tolera adecuadamente el rechazo al tratamiento, interpretándolo como un cuestionamiento de su actuación, que se traduce consecuentemente en una amenaza de abandono (el rechazo al tratamiento para los mismos equivale al alta).

En este punto, los hay que igualmente señalan que en ocasiones son los pacientes los que delegan en los facultativos todo el poder decisorio haciendo dejación de los derechos que les asisten, generando frustración en los profesionales que realmente quieren compartir esta tarea.

El uso del consentimiento informado como sistema de exculpación para los facultativos también se apuntó, en un contexto de medicina defensiva, dado que su firma implica una declaración explícita de la recepción de la información necesaria y la comprensión de la misma, y por tanto una exención de responsabilidad por la eventual materialización de los riesgos informados (aunque la responsabilidad existiría si a pesar de ello hay vulneración de la *lex artis*).

En resumidas cuentas, en el proceso asistencial que acompaña el tratamiento de los pacientes que padecen enfermedades en fase avanzada también se corre el riesgo de burocratización, y que la prestación del consentimiento informado se traduzca en un mero trámite cuya cumplimentación resulta obligada antes de llevar a cabo cualquier actuación sanitaria, pero que no sirva realmente a los fines que se plantean con el mismo, entre los que sin duda figura la promoción de su participación en lo atinente a su proceso asistencial, compartiendo la responsabilidad y los riesgos de las decisiones que se adopten.

El consentimiento informado es el paradigma de la relación médico-paciente -aunque a la vista de la realidad de la práctica asistencial actual en la que el paciente no se relaciona con un único profesional sino que puede ser atendido por diversos especialistas y otro tipo de profesionales (enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales...) más cabría hablar de la relación entre el paciente y el equipo asistencial-, y por este motivo se ciernen sobre el mismo los diversos esquemas sobre los que puede articularse dicha relación.

A la hora de favorecer que dicha relación se entable de manera eficaz, los profesionales sanitarios de cuidados paliativos con los que hemos contactado han puesto de manifiesto la importancia que reviste el hecho de que puedan acceder a los pacientes susceptibles de este tipo de asistencia con tiempo suficiente para mantener con ellos un auténtico proceso comunicativo. Como ya señalamos en el apartado relativo al derecho a la información, su primera labor aparece dirigida a saber qué es lo que el paciente conoce, a generar un clima de confianza con el mismo en el cual se pueda realizar una escucha activa que permita, en el momento oportuno, llegar a conocer sus deseos y preferencias, significativamente en relación con las decisiones susceptibles de adoptar en cuanto a tratamiento (o retirada del mismo) al final de la vida.

Y es que la situación en esta etapa de la vida es muy compleja y hay que tener en cuenta múltiples factores: las posibilidades reales de tratamiento de que se dispone, el lugar donde se van a prestar los cuidados, las creencias personales, los deseos de la familia,... por ello la interacción entre los distintos agentes que intervienen es esencial y exige preparación de los profesionales, habilidades y cautela.

Los participantes en las jornadas que hemos mantenido con diversos colectivos abogan, sobre todo en el caso de los profesionales, por un sistema de relación clínica que incorpore un modelo deliberativo y democrático. Entre el paternalismo trasnochado, y el autonomismo a ultranza, caben otras posibilidades de relación que, respetando la libertad del paciente, al mismo tiempo impliquen apoyo y se traduzcan en el acompañamiento y la acogida que resultan tan necesarios en una situación de extrema vulnerabilidad como la que estamos contemplando.

Desde esta óptica la autonomía no solo implica elegir una opción entre todas las posibles dejando al paciente la labor de adoptar decisiones en solitario, sino que resulta esencial el proceso previo de reflexión que implica la adopción de una actitud crítica respecto de los

propios valores, la posterior determinación sobre si dichos valores son aceptables y resultan los más adecuados para justificar las actuaciones sanitarias, y finalmente la elección de las que son más ajustadas a los mismos.

Así el médico ideal no es el que transmite al paciente la información más relevante y lleva a cabo las actuaciones sanitarias de manera más competente, sino que es el que integra la información y los valores, y posteriormente realiza una recomendación que considera que es la que mejor sirve a su bienestar global e intenta persuadir (nunca imponer) al paciente para que la acepte a través del diálogo.

Con estas premisas se tiende al desarrollo de **una práctica clínica más humana, donde el acento debe ponerse más en la comprensión que en la mera transmisión de información puntual**, incrementándose el tiempo dedicado a la comunicación y al descubrimiento y articulación de los valores que subyacen a las decisiones médicas¹⁴.

Algún autor lo expresa de esta forma: "El respeto a la autonomía del paciente es una conquista histórica de las sociedades más avanzadas que no implica el que en ellas los médicos hayan renunciado a promover el bien de los pacientes. El debate en el interior del equipo sanitario sobre la toma de decisiones clínicas no se produce nunca al margen de unas determinadas circunstancias históricas, sociales y económicas.

Cada día, el médico y el enfermo dialogan, condicionados por todos estos factores (el nivel cultural, la actitud y el carácter del enfermo; la personalidad más rígida o más dialogante del médico; la intervención

14. Ezekiel J. Emanuel, Linda L. Emanuel. Los cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Bioética para clínicos / Azucena Couceiro Vidal (ed.). Madrid: Triacastela, 1999, ISBN 84-921418-9-1, pp.109-126. [Consulta: 27-10-2017]. Disponible en: http://riiilo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf

cada vez mayor de otros profesionales sanitarios; las condiciones impuestas por las terceras partes: familia, juez, administración, compañías de seguros; la disponibilidad de recursos y de tiempo...). A lo largo de ese diálogo, el médico, con sus cualidades y sus deficiencias (profesionales y personales), se va moviendo entre la intención de ayudar al enfermo y la convicción de respetarlo como sujeto adulto que es. El logro de un equilibrio entre ambos polos depende en cada caso de la amplitud de su formación y de su criterio (para el manejo riguroso de los hechos biológicos desde luego, pero también para el reconocimiento de los valores personales).

A veces el médico añora en secreto aquellos viejos tiempos en que al enfermo se le podía guiar como a un niño; las cosas eran entonces ciertamente más sencillas. Pero la infancia del enfermo ha concluido, tras haberse prolongado durante muchos siglos. Acabó de forma brusca hace tan sólo unas décadas. Y a veces no es fácil para el enfermo asumir su nuevo poder. Y a veces no es fácil para el médico asumir su reciente pérdida de poder. A veces no es fácil, ni es cómodo, ser adulto"¹⁵.

15. Lázaro, J., Gracia, D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [online]. 2006, vol.29, suppl.3, pp.7-17 [consulta 6-11-2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso