

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE TAMBIÉN EN ATENCIÓN PRIMARIA

INFORMED CONSENT: A PENDING ISSUE ALSO IN PRIMARY CARE

Adam A.
Unidad Docente de Medicina Legal
Universitat de València

Correspondencia: Aurora.Adam@uv.es

La relación entre el médico y sus pacientes siempre ha estado condicionada por una situación de ventaja, ya que el médico posee unos conocimientos y una información que el paciente, por lo general, no tiene. Esta ventaja llevó a caer en el paternalismo, siendo el médico el que tenía total poder de decisión sobre sus pacientes, pues era la persona que, por su formación, podía tomar mejores decisiones.

Esta tendencia ha ido cambiando a lo largo de los años. El enfermo, además de tener al alcance mucha más información que en periodos pasados, ya no ve a su médico como una persona poseedora de toda la verdad y con poder suficiente como para poder tomar decisiones sobre su salud sin contar con su opinión. Así, el paternalismo ha ido dejando paso a una relación más igualada, aunque la formación y el acceso a los recursos sanitarios siguen dando dicha posición de ventaja al médico. Por tanto, es de recibo preguntarse: ¿sigue existiendo algún vestigio de este paternalismo o es posible decir que esta directriz está totalmente desterrada?

Según la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el consentimiento «es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud»¹. Es decir, que para consentir es necesario estar informado, pues dicha información será la que aportará la libertad al individuo para poder decidir sobre su salud. También incide la Ley en que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado», por lo que sin una respuesta dada por el paciente respecto al procedimiento al que se va a someter, después de haber recibido la información precisa y suficiente respecto al mismo, este no se efectuará.

Pero cuando se habla del consentimiento informado no solo se hace referencia a la necesidad de aceptación de pruebas diagnósticas y tratamientos por parte de los pacientes², sino a una forma de entender la Medicina y la relación entre el médico y sus pacientes. Una relación basada en el diálogo y la comprensión mutua. Es imprescindible que el intercambio de información se dé en las dos direcciones, consiguiendo que el paciente entienda su enfermedad, sus consecuencias y sus posibilidades terapéuticas, así como los posibles riesgos que estas entrañan. No es menos importante que el médico conozca de boca del enfermo cuáles son sus miedos, dudas y preferencias. Ello puede contribuir a un tratamiento más adaptado a cada paciente, como también a una relación mucho más fuerte entre la persona que padece la patología y aquel que tiene en sus manos el poder resolverla.

Diversos estudios demuestran las carencias que se observan en la práctica médica a este respecto^{3,4}, sobre todo en las especialidades quirúrgicas, ya sea en cuanto al nivel de comprensión que adquieren los pacientes⁵ como hacia el objeto del propio consentimiento⁶, donde la forma escrita de este es necesaria, pues así lo exige la Ley¹, existiendo la tendencia a desterrar la forma oral del mismo. Desde la Jurisprudencia del Tribunal Supremo se habla del «mero valor

ad probationem» de la forma escrita⁷, incidiendo así en el valor de la forma oral. Es decir, debe ser el propio médico quien exponga a su paciente los pormenores del procedimiento, tratamiento o prueba diagnóstica que se va a realizar y no consistirá únicamente en entregarle un documento donde se explique el proceso para que lo lea y lo firme.

En todas las especialidades de la Medicina, esta necesidad de información a los pacientes está presente. Pero si hay un campo de la Medicina donde se hace especialmente importante el cultivo de esta relación es, sin duda, la atención primaria.

Cuando se habla de la información que se debe transmitir a los pacientes, más bien debería de hablarse de la comunicación⁸, pues en realidad se trata de un intercambio de pareceres donde el médico constata qué información quiere recibir el paciente, hasta qué punto quiere saber qué le pasa y cómo va a poder solucionarlo. A partir de ese momento va a poder ofrecerle todos los datos que sean necesarios y suficientes para poder cumplir este derecho. Y por tanto, no excesivos, asegurando la correcta comprensión sobre el proceso al que se enfrenta.

Es muy recomendable conseguir la mejora de los documentos de consentimiento informado, también en la medicina de familia, siendo frecuente encontrar información sesgada, sobre todo en cuanto a beneficios del procedimiento y alternativas y, especialmente, en cuanto a la libertad del paciente para poder retirar el consentimiento en cualquier momento⁹. Pese a estas deficiencias, el problema principal no reside en el documento en sí, sino en la falta de la información oral que, sin duda, es la mejor herramienta para conocer de forma cierta que el paciente comprende y acepta el proceso al que se va a someter.

Un recurso que debe tener siempre presente el médico y que debe saber utilizar ante situaciones de duda es la existencia los Comités de Ética Asistencial (CAE). Estos son una ayuda fundamental ante cualquier cuestión ética que se plantee en la práctica clínica. También pueden ayudar a solventar problemas relacionados con el uso del consentimiento informado. Así, se encargan de la evaluación de los textos usados para la elaboración de los formularios para el consentimiento por escrito y de la formación de los profesionales y resolución de problemas de la práctica clínica sobre aspectos bioéticos, entre otras tareas.

En la atención primaria existe la idea de que estos CAE tienen una importancia menor que en el ámbito hospitalario, pues no se van a enfrentar a problemas éticos de tanto peso como los que se pueden presentar en un hospital. Nada más lejos de la realidad, pues las complicaciones con carácter ético a las que se enfrentan diariamente estos profesionales son cada vez mayores. Por ello es imprescindible que exista una figura o grupo con experiencia en este ámbito en el cuál pueda apoyarse el profesional y que le ofrezca orientación que le ayude a resolver el problema al que se enfrenta¹⁰.

Del mismo modo, es importante no dejar de lado las consideraciones éticas de las consultas de atención primaria respecto a la información y comunicación con el paciente, por ser mayor la frecuencia con que se utiliza el consentimiento informado en el área hospitalaria. En muchas ocasiones, el paciente acude al médico de familia para solucionar un déficit en la información obtenida en la consulta especializada, no ayudando esta de forma suficiente en el proceso de la toma de decisiones.

El nivel de confianza que se obtiene en la relación entre el paciente y el médico de familia, reforzado a lo largo de los años, puede que nunca sea alcanzado por el especialista que también le trata. Debido a ello, es frecuente que el paciente acuda al profesional que más le conoce para que sea este quién le ayude a comprender el proceso al cuál se enfrenta. En este sentido, puede ser el médico de familia quien complete el consentimiento informado, en algunas

ocasiones debido a esta relación de mayor confianza, en otras por haber recibido una información deficiente por parte del especialista¹¹.

Es necesario incidir en la necesidad de formación de los profesionales de la Medicina, y especialmente en atención primaria, en comunicación y en aspectos éticos relacionados con la misma. El consentimiento informado no debe considerarse como parte de la burocracia a cumplimentar para llevar a cabo un tratamiento o una exploración, sino como un derecho fundamental del paciente que asegure su autonomía y que contribuya al proceso de la toma de decisiones.

Se hace evidente que la falta de tiempo en las consultas de atención primaria no contribuye a la mejora de esta situación. Pero dentro de estas limitaciones, es preciso considerar la información y la comunicación como pilares que deben sostener la relación entre el enfermo y su médico.

Conseguir tener un proceso comunicativo fluido con los pacientes, donde se asegure el pleno cumplimiento del derecho a la información es harto complicado, pero como todo aprendizaje en esta profesión, se cultiva con la experiencia y con el deseo de mejorar cada día. Es parte del cumplimiento de nuestra *lex artis*, de la práctica de la Medicina como arte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. pp. 40126-40132.
2. SIMON P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29 supl.: 29-40.
3. DEL BRÍO MA, RIERA J. Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. *Rev Calidad Asistencial.* 2006; 21: 207-12. - vol.21 núm. 04.
4. RUBIERA G, ARBIZU R, ALZUETA A, AGÚNDEZ JJ, RIERA JR. La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. *Gaceta Sanitaria.* Marzo-abril 2004. vol.18 núm.2. Barcelona.
5. HOSPEDALES J, et al. ¿Son válidos los documentos de consentimiento informado que utilizamos en cirugía vascular? *Angiología* 2005; 57 (6): 487-495.
6. LÓPEZ C, BACA R, SAN HIPÓLITO L, DONADO M. Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. *RCOE v.8 n.6 Madrid nov.-dic. 2003.*
7. Tribunal Supremo (Sala de lo Civil). Sentencia núm. 667/2002 de 2 julio. *RJ 2002\5514.*
8. BARBERO J, El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 19-27.
9. HERRERO A, REYES A, GARCÍA F, SERRANO E. Documentos de consentimiento informado en atención primaria. *Rev. Calidad Asistencial.* 2002; 17: 325-30. - vol.17 núm. 06.
10. ALTISENT R, MARTÍN MN. Comités de ética en atención primaria. *Atención Primaria.* 2001; 28: 550-3. - vol. 28 núm. 08.
11. FUERTES C, PÉREZ C, BABIANO B, GALBE J. Consentimiento informado, algo más que una firma. *Rev Pediatr Aten Primaria.* Madrid oct.-dic. 2012. vol. 14 núm. 56