

CONSENTIMIENTO INFORMADO: MUCHO MÁS QUE UNA FIRMA¹

Autora:

Izaskun Elortegi Kaiero.

Directora gerente de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

¹NOTA DEL EDITOR: Este artículo es el primero de una serie sobre "La ética de las decisiones compartidas en el proceder asistencial". La serie tiene el formato de píldoras informativas con características didácticas.



ABSTRACT

El consentimiento informado constituye uno de los pilares de la práctica asistencial contemporánea, aunque con frecuencia continúa reduciéndose a la firma de un documento. Este artículo revisa el concepto desde una perspectiva bioética y jurídica, defendiendo que el consentimiento informado es, esencialmente, un proceso de comunicación y deliberación entre profesionales y pacientes. Se analizan los requisitos que debe reunir la información para que el consentimiento sea válido —veracidad, continuidad y adaptación a las capacidades y circunstancias de cada persona—, así como la relevancia de valorar la capacidad para decidir de manera contextual y específica para cada decisión clínica. Asimismo, se abordan las principales excepciones al consentimiento informado previstas en el ordenamiento jurídico y se subraya la necesidad de incorporar modelos de relación asistencial más horizontales, centrados en la autonomía, el diálogo y el respeto a los valores de las personas. Finalmente, se pone de relieve la escasa formación que reciben los profesionales sanitarios en evaluación de la capacidad para decidir, especialmente relevante en el ámbito de la salud mental.

Palabras clave: consentimiento informado; autonomía, bioética; salud mental; relación asistencial.

En las últimas décadas hemos asistido a un cambio radical en el modo de entender (y gestionar) la relación asistencial. Lejos queda, al menos en teoría, la tradición paternalista, en la que era el médico (masculino singular) quien decía lo que el o la paciente debía hacer; la persona paciente, a su vez, confiaba plenamente y obedecía.

¿Es esto cierto? ¿De verdad quedó lejos el modelo paternalista? Conviene mirar a nuestro alrededor —y quizá también a nuestro propio modo de relacionarnos con las personas que atendemos— antes de realizar afirmaciones tan taxativas.

Más allá de estas cuestiones, lo que sí parece claro es que el modelo de relación asistencial ha cambiado. El desarrollo de la tecnología, la pluralidad asistencial (ya no hablamos del médico en masculino singular, sino de médicas, enfermería, trabajo social, psicología clínica...) y, sobre todo, los profundos cambios sociales ocurridos especialmente a lo largo del siglo XX y lo que llevamos del XXI, han llevado necesariamente a transformaciones en este ámbito.

Así, podemos decir que el “enfermo” o “paciente” pasivo ha dado paso a una persona más activa en su proceso de salud y enfermedad. El profesional asistencial ha pasado de ocupar un papel casi de pater familias o figura incuestionable, a desempeñar un rol de acompañamiento experto en una relación mucho más horizontal y deliberativa.

Sabido es que todo cambio conlleva dificultades y resistencias, cuando no “huidas hacia delante” hacia posiciones quizá extremas y poco prudentes. Uno de los pilares en los que se basa este nuevo modelo asistencial es la información: las y los pacientes quieren estar informados, desean que se les escuche, se les acompañe y se respete su derecho a decidir.

La falta de información conlleva, con frecuencia, malas decisiones o, al menos, decisiones no suficientemente elaboradas. En este sentido, la información ha de ser veraz, continua y adaptada a la capacidad de decisión de la persona. Solo un proceso de información realizado con garantías dará lugar a un consentimiento informado válido.

Ahí es nada...

Analicemos estos elementos de la información:

- **Veraz:** la información debe ser cierta, suficiente y aportar todo aquello que tenga trascendencia para la decisión que va a tomarse.
- **Continua:** hemos de tener en cuenta quién va a recibir la información, qué información debemos trasladar y respetar sus tiempos. Hay decisiones sencillas y otras extraordinariamente complejas; decisiones que pueden tomarse con calma y otras marcadas por la presión de la urgencia. Pero incluso en estos casos debemos procurar asegurar que la información ha sido comprendida y, cuando sea posible, establecer tiempos para reflexionar.
- **Adaptada:** este elemento es fundamental. Y probablemente una de las cuestiones en las que más flojean en la práctica asistencial. No cabe utilizar un formulario estándar (“tome, léaselo y si tiene dudas, me pregunta”), ni documentos de información y consentimiento que nada tengan que envidiar a una enciclopedia.

Tenemos que valorar qué necesita la persona para comprender, apreciar, razonar y elegir.

Es fácil darse cuenta de que no podemos explicar las cosas de la misma manera a un niño o niña de seis años que a un o una adolescente. Tampoco cabe el mismo planteamiento con una persona con plena capacidad de decisión que con una persona que, en un momento concreto, presenta dificultades relevantes para decidir autónomamente.

¿Quiere esto decir que a unas personas se les informa y a otras no? En absoluto.

Una niña pequeña no será quien preste formalmente el consentimiento para una vacuna, pero ¿acaso no puede elegir si prefiere el pinchazo en el brazo izquierdo o en el derecho? ¿No debe saber que puede notar escozor o que la zona puede enrojecerse?

Algo parecido ocurre en otras situaciones clínicas complejas. La capacidad para decidir no depende automáticamente de una etiqueta diagnóstica, sino de la decisión concreta que deba tomarse y de la situación clínica de ese momento. Pensemos, por ejemplo, en una persona con un episodio psicótico agudo con ideas delirantes intensas. La cuestión no es el diagnóstico en sí, sino cómo esa situación concreta afecta a su capacidad para comprender y decidir. Quienes trabajamos en salud mental lo vemos bien: una misma persona puede ser plenamente capaz para algunas decisiones y necesitar más apoyo para otras, según el momento clínico y la complejidad de lo que se decide.

Estos elementos son fundamentales para llevar a cabo un buen proceso de información y, por tanto, un consentimiento informado válido: autónomo, voluntario, libre de coacciones y, por supuesto, revocable.

Porque sí: consentir no significa entregar la libertad en la puerta de la consulta.

Y aquí aparece otro elemento clave: el diálogo.

No queda otra. Tenemos que dialogar y deliberar con las personas pacientes, con el objetivo de que la toma de decisiones sea prudente y esté alineada con sus valores, preferencias y circunstancias.

El consentimiento informado que, tal y como recoge la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, será por lo general verbal, salvo en aquellos supuestos en los que la norma exige forma escrita, como determinadas intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, o actuaciones que impliquen riesgos relevantes.

Dicho de otro modo: el consentimiento informado no es, en esencia, un papel firmado. El papel podrá ser necesario en determinadas ocasiones. Pero el consentimiento, el de verdad, es un proceso.

Como ocurre con casi todo, el consentimiento informado también tiene excepciones. Es decir, situaciones en las que podemos actuar sin haber obtenido ese consentimiento previo. Pero conviene insistir en algo importante: son precisamente eso, excepciones a una norma general.

Algunas de ellas son:

- **La urgencia:** cuando existe un riesgo grave e inmediato para la integridad o la vida de la persona y no es posible obtener el consentimiento a tiempo.
- **Razones de salud pública:** en los supuestos previstos legalmente.
- **Situaciones de incapacidad de hecho:** cuando la persona no puede comprender, valorar, razonar o elegir autónomamente respecto de una decisión concreta. No hablamos aquí de etiquetas generales ni permanentes, sino de valoraciones clínicas situadas.
- **Renuncia a recibir información:** porque sí, también existe el derecho a no saber. Aunque, como casi todo en bioética, tampoco esto es absoluto.
- **Necesidad terapéutica (o “privilegio terapéutico”):** cuando informar puede ocasionar un perjuicio grave a la persona, según criterio clínico. Probablemente una de las excepciones más polémicas y que mayor prudencia exige.

Parece que uno de los elementos más importantes en todo esto del consentimiento, la información y la toma de decisiones es la capacidad de las personas para decidir.

Es un asunto nuclear en la práctica asistencial.

Y, sin embargo, paradójicamente, apenas se nos ha formado para ello en las facultades.

Más paradójico todavía: a quienes trabajamos en salud mental se nos presupone una especial “competencia” para valorar estas cuestiones.

Y, sin embargo, quienes nos dedicamos a ello sabemos bien que no es ni mucho menos tan sencillo.

Pero eso quizá merezca un análisis más profundo.

Lo dejaremos para otra ocasión.

BIBLIOGRAFÍA

- 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. BOE. 2002;274:40126-40132.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Gracia D. Fundamentos de bioética. 3.ª ed. Madrid: Triacastela; 2014.
- Simón P. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Triacastela; 2000.
- Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834-1840.
- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment. New York: Oxford University Press; 1998.