

## EDITORIAL

*Dr. Juan Antonio Cobo Plana*Médico Forense y Director del Instituto de Medicina Legal de Aragón  
c/Nuevo Parque s/n – 50015 – Zaragoza  
[juan.cobo@forense.mju.es](mailto:juan.cobo@forense.mju.es)**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DECISIÓN INFORMADA**

En un tiempo de relación convulsa entre el Paciente y el Médico, entre la Sociedad y la Medicina; cuando el médico tiene la impresión que su paciente puede ser su enemigo, y el paciente cree que el médico lo puede matar o “dejar mal”; cuando las causas de la alteración patológica de esa relación son tan diversas que simplemente listarlas nos sobrepasa; cuando uno de los signos de esa patología de relación es la progresión geométrica de los procedimientos judiciales abiertos por sendas demandas penales o civiles; **las palabras que utilicemos para definir esta relación se convertirán en protagonistas** tanto por el **contenido** que deben abarcar como por convertirse en las **referencias** que utilizaremos posteriormente para analizar esa relación.

En esta relación alterada, las palabras que elijamos para definirla, deben poseer la virtud de expresar con claridad aquello que deben reflejar y que ese contenido sea claro para todos aquellos que deben utilizarlo de una forma u otra.

Situados en este punto he podido comprobar, desde mi papel de Médico Forense, la progresiva aparición de lo que llamamos “consentimiento informado” en los procedimientos judiciales. En el momento actual lo podemos encontrar prácticamente en todos ellos. La primera lectura de ese dato apuntaba a que podía ser que fuera el último bastión, la excusa final, que la parte demandante utiliza en la búsqueda de un objetivo más o menos bastardo y distinto del último fin de conseguir justicia.

Sin embargo, al analizarlos pormenorizadamente he podido verificar, a través de técnicas forenses habituales<sup>1</sup> que muchos de estos procedimientos judiciales poseen un sustrato de alta fiabilidad y credibilidad de los demandantes, apareciendo como consistentes en su validez interna, aun cuando no eran congruentes

con la investigación forense que posteriormente se llevó a cabo.

De forma paralela a esta aparición progresiva del consentimiento informado en las demandas judiciales, las Sociedades Científicas, las Organizaciones Médicas Colegiales, los equipos de trabajo, los servicios hospitalarios, las áreas de trabajo asistencial, e incluso los propios médicos a título individual, han realizado un enorme esfuerzo en la generación de “consentimientos” de todos los tipos y maneras imaginables, intentando controlar ese aspecto relacional que genera tales desavenencias.

Cuando confrontamos por un lado el protagonismo nuclear y progresivo del consentimiento informado en los procedimientos judiciales, y por otro lado, el esfuerzo que la Medicina está llevando a cabo para intentar asumir este aspecto como parte protagonista de la acción asistencial diaria, podemos detectar que no está existiendo una efectividad real de ese intento de la Medicina ya que no sólo no se ha controlado este elemento sino que aumenta su protagonismo en las demandas estudiadas.

Para analizar este efecto, parece conveniente utilizar un ejemplo sencillo que nos sirva como referencia: cuando un cliente acude a una entidad bancaria es informado sobre las posibilidades de una inversión y este cliente elige una opción entre las que se le informan. Muy habitualmente elige la que el empleado del banco de su confianza sitúa como la más atractiva. Y cuando, con posterioridad comprueba que la inversión que eligió ha sido un fracaso, mientras que la otra alternativa ha sido la más rentable, no se le ocurre presentar una demanda judicial.

¿A qué se debe que, tras haber perdido parte de su inversión, cuando en la otra opción hubiera conseguido una alta rentabilidad, no presente una demanda judicial?. La respuesta es muy sencilla: la decisión la ha tomado él y no el banco. El cliente no ha “consentido” que se realice esta inversión, sino que sabe perfectamente que ha “decidido” la inversión que ha efectuado. Pero también el empleado del banco sabe que ha sido el cliente

---

<sup>1</sup> Fundamentalmente a través de la entrevista cognitiva en la que se realiza una secuencia de relato libre, contextualización en apartados anteriores, cambios de perspectiva o puntos de vista y la ruptura del relato a partir de diferentes momentos de los hechos

## INTERVENCIONISMO

quien lo ha decidido, e indudablemente si al cliente se le ocurriera demandar al banco o al empleado bancario, el juez encargado de estudiar el caso también tendría claro que fue el cliente quien decidió la inversión.

Sin embargo, en la relación médico-paciente aparece el consentimiento informado. Consentimiento es una palabra que tiene una connotación muy clara de responsabilidad en el mundo anglosajón porque esta sociedad tiene una elevada cultura generacional de la responsabilidad que lleva adherida ese consentimiento. En España, y posiblemente el mundo hispanoamericano, no existe esa percepción, y el consentimiento es interpretado como “resignación”. Por eso, un formulario de consentimiento informado tiende a ser, para nosotros y nuestro entorno, un formulario de “aceptación resignada”.

Con esta reflexión sigo abundando en que al revisar los procedimientos judiciales parece detectarse que:

➤ Cuando un paciente firma el formulario de “consentimiento informado” lo que en realidad firma es una aceptación resignada de la decisión del médico. El paciente adopta un papel pasivo, no se siente cómplice, no decide, y cuando sucede algo inesperado no asume su parte de la responsabilidad porque solamente ha consentido pero no ha decidido.

➤ El médico cuando informa un “consentimiento informado” lo que en realidad hace es pedir al paciente el consentimiento para llevar a cabo el tratamiento que ha decidido aplicar, incluso el que ha apoyado un equipo de trabajo médico o el comité sanitario específico. Cuando la evolución del paciente no sigue lo presumido, el médico cree que se ha equivocado en “su decisión”.

➤ Y cuando el Juez ve la demanda, entiende que el paciente aceptó y consintió, con grandes limitaciones para entender el tratamiento que el médico había decidido aplicar en este caso.

Debemos cambiar esta postura pasiva, para conseguir que la decisión del paciente sea activa y que la postura activa del médico sea únicamente como el instrumento y no el protagonista en esa decisión. Con ello conseguiremos repartir los papeles que a cada uno corresponden.

El paciente debe asumir activamente la responsabilidad que le compete incluso en la opción que tiene de recabar otras opiniones e informaciones, como un cliente de banco puede acceder a otra entidad bancaria para informarse y decidir con la máxima información posible, para que en esta búsqueda también acepte ese grado de responsabilidad necesaria. Esta búsqueda de información alternativa de otra opinión, como lo sería en un caso de inversión de capitales, debe ser también una responsabilidad del paciente y provocar una postura más activa y menos cómoda que la simple “aceptación pasiva” de lo que “otros” deciden y que en otros ámbitos no sería aceptable como cuando por ejemplo compramos una vivienda y nos hipotecamos treinta años.

Y el médico debe entender que debe ofrecer su ciencia como instrumento necesario pero que no es quién decide aplicar ese tratamiento. Y también el médico debe encontrar común y normal que el paciente solicite otra u otras opiniones, ya que es una posición totalmente adecuada al valor de aquello que está en juego que es su salud, y a su propio derecho, ética y constitucionalmente admitido, como persona.

Como reflexiones y propuestas finales, considero que

➤ La utilización de la palabra “consentimiento” en la regulación de la relación médico-enfermo en nuestra sociedad española supone un lastre en la necesaria adaptación a la realidad de la capacidad de decidir del enfermo con respecto a su salud.

➤ Debe utilizarse la palabra “decisión” que unida a la “información” refleje la realidad de aquello que debe suceder y es que el paciente decida, que el médico informe lo mejor que sepa y pueda, y que se transmita esa idea de decisión responsable del paciente a cualquiera de los operadores sociales que posteriormente puedan necesitar en su función rectora de las relaciones interpersonales.

➤ Para insistir en esa decisión libre que el paciente debe adoptar sobre su salud, debe incluirse en todos los formularios de “decisión informada” un apartado a informar de la libertad que todo paciente posee para informarse en otro servicio u otro médico ratificando el derecho que por otra parte ya posee.