

## **ASPECTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*Eduardo López Azpitarte\**

El consentimiento informado se podría definir como el proceso constante y gradual por el que el médico capacita al paciente, con la debida información, para someterse o negarse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos de acuerdo con su propio parecer. Si se acepta la dignidad y autonomía de la persona para orientar su vida y darle un proyecto a su existencia, hay que reconocerle también el derecho a intervenir en los problemas que atañen a su salud. ¿Cómo valorar éticamente esa posibilidad? ¿Bajo qué condiciones sería plausible facilitar al enfermo el acceso a la información sobre su propio diagnóstico y tratamiento? Este artículo se asoma a una problemática que cada vez tiene más repercusión social e intenta inspirar criterios de actuación.

### *1. La relación sanitaria*

Cuando se acude a una persona competente para buscar solución a un determinado problema, es porque se tiene plena confianza en sus conocimientos y se espera que acierte en las decisiones que ha de tomar. Es imposible que cada individuo esté capacitado para resolver las dificultades con las que ha de enfrentarse en las diferentes y variadas situaciones de su vida. Al reconocer su propia limitación, acude a quien pueda ayudarle. El técnico, en el campo de su especialidad, goza inevitablemente de una cierta ventaja, que le coloca por encima de aquellos que buscan una ayuda segura. No es posible, por tanto, que se dé una relación igualitaria por la superioridad que posee y que es reconocida como evidente. Tengo que fiarme de lo que el mecánico me afirma cuando el coche no funciona con normalidad y mis conocimientos sobre el tema son muy rudimentarios.

Esta misma actitud de confianza y docilidad existe también en la relación sanitaria. Es comprensible, incluso, que aumente todavía más, cuando el paciente se encuentra frente al que desea curarle una determinada patología. La

---

\* Profesor de Teología Moral de la Facultad de Teología de Granada. El presente texto reproduce su conferencia con el mismo título en las *XIV Jornadas de Humanización de la Medicina*, celebradas en el Hospital de San Juan de Dios de Granada.

propia salud, sobre todo cuando está en peligro la vida, es un valor mucho más importante que cualquiera de los otros que preocupan. En esos momentos se relativizan muchas cosas, porque lo que más interesa, por encima de otros deseos o proyectos, es continuar hacia adelante y en las mejores condiciones posibles.

Por otra parte, la enfermedad, sobre todo cuando no es algo leve y pasajero, revela la vulnerabilidad de la carne que no había provocado hasta el momento ningún tipo de protesta. Si la salud es el silencio pacífico del organismo, cualquier patología es como el grito del cuerpo que se siente amenazado no sólo por el desorden de sus funciones, sino por todo el mundo simbólico que despierta y que afecta también, mucho más de lo que a veces creemos, a toda la psicología del individuo. Es una experiencia de la finitud y de la impotencia que despoja a las personas de su propia seguridad<sup>1</sup>.

Ya Freud subrayaba esa casi inevitable regresión infantil y narcisista hacia la pasividad y dependencia<sup>2</sup>. Es como un abandono de impotencia en manos de la persona o de la institución, las únicas que pueden solucionar el problema. En este sentido, la medicina ejerce una función paternal que asegura, despierta esperanzas, protege de los peligros, mantiene ilusiones, pero que también, como los propios padres, provoca agresividades latentes, vacíos afectivos, decepciones dolorosas, cuando no responde a las expectativas que se habían fraguado. El ansia de curación descubre en el médico al mesías que lo puede salvar y se entrega por completo en sus manos, como acontece también en la relación con el curandero y hasta con los adivinos del futuro.

Todo el contexto psicológico fomenta éste tipo de comunicación que subraya la superioridad del técnico sanitario y la dependencia de quien ha puesto en él toda su esperanza.

## 2. Raíces primitivas de la hospitalidad

Una breve referencia histórica nos hará comprender mejor el porqué de esta actitud. El contexto ambiental, en el que surgieron las primeras e incipientes instituciones sanitarias, manifiesta la dimensión de ayuda caritativa que se prestaba.

---

<sup>1</sup> Cf. A. VANNESSE, *Ce qu'être malade veut dire*, en: *Supplément n° 184* (1993) 21-32 y CL. GEET, *La maladie comme expérience et comme condition*, en: *Supplément n° 184* (1993) 33-55.

<sup>2</sup> *Introducción al narcisismo*, en *Obras Completas. VI*, Biblioteca Nueva, Madrid 1972, 2022.

La *terapia* es un término griego que encierra un significado más rico y profundo que la simple cura corporal. Es el tratamiento de un mal orgánico, pero realizada con un componente de solicitud y amor. Jesús ya aparece en los Evangelios como el gran taumaturgo que conmociona muchas vidas humanas y al que todos los enfermos deseaban acercarse por la fuerza y el poder que salían de sus gestos y palabras: «Todos cuantos tenían enfermos de diversas dolencias se los llevaban; y, poniendo él la mano sobre cada uno de ellos, los curaba» (Lc 4,40). La salvación que él ofrecía se designaba con la misma palabra que expresa la salud corporal y se manifestaba a través de estas curaciones. Entre los signos de su mesianidad, como él mismo anunciaría en la sinagoga de Nazaret, recordando antiguas profecías (cf. Lc 4,18-19), aparecen siempre la curación de los enfermos y la ayuda a los afligidos y necesitados.

No es extraño, por tanto, que transmita la misma recomendación a los discípulos que envía a predicar su mensaje: «Les dio autoridad y poder... para curar enfermedades y los envió a proclamar el reino de Dios y a curar» (Lc 9,1-2). La historia demuestra, como lo han reconocido ilustres personalidades médicas, que la Iglesia hizo un esfuerzo enorme para continuar el ejemplo y el mandato de Jesús en el cuidado de los enfermos y necesitados de cualquier tipo<sup>3</sup>. Las casas de acogida de muchos grupos cristianos, que se entregaron a tales tareas para continuar el ejemplo y el mandato de Jesús, se multiplicaron por muchos lugares. No era mucha la ayuda técnica, tan limitada e incipiente en aquellos tiempos, pero esa laguna quedó compensada con un plus de humanismo y de generosidad.

La *hospitalidad* fue el término empleado para traducir al latín la palabra griega *philoxenia*, que expresa el amor al extraño, la acogida como huésped del extranjero y desconocido. Los primeros hospitales, como se denominaron a estos Centros, querían ser el hogar del enfermo, donde se ofreciera, a pesar de las muchas deficiencias técnicas, un ambiente cálido y afectivo que cicatrizara cualquier tipo de heridas de los que buscaban cobijo y compañía. Como se decía con razón, la medicina antigua apenas curaba, algunas veces servía para aliviar, pero siempre consolaba.

---

<sup>3</sup> Para un estudio histórico sobre el papel de la Iglesia en relación con la salud, cf. P. LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Revista de Occidente, Madrid 1964, 101-196, e *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona 1978, 139-142; D. GRACIA, *El cristianismo y la asistencia al enfermo*, en: *Labor Hospitalaria* n° 184 (1982) 66-75; J. CONDE, *La aportación de la Iglesia a la sanidad. Desde el Evangelio y su propia tradición*, en: *Labor Hospitalaria* n° 24 (1992) 69-77; E. GALLEGO, *Jesús, compromiso con el enfermo*, en: *Biblia y Fe* 26 (2000) 44-74.

Si recuerdo estos orígenes primitivos, es para comprender que, frente a un gesto de caridad y altruismo, no cabe ninguna otra exigencia por parte del paciente, sino el reconocimiento agradecido por el servicio prestado. Era una relación de cariño, donde no entraban aún los esquemas de justicia.

### *3. El paso de la caridad a la justicia*

La evolución posterior es suficientemente conocida. Como cualquier otra profesión, las prestaciones médicas se han vivido como una especie de contrato. El médico ofrece sus conocimientos y competencia, por los que acepta una remuneración, y el enfermo sólo tiene derecho a recibir un tratamiento adecuado para la solución de su problema. En caso de negligencia o error tendrá que reparar los daños causados por no haber cumplido con el compromiso contraído.

En estas condiciones es lógico y natural que el paternalismo haya sido una constante en el ejercicio de la medicina. El paciente es un ignorante de su situación, desconoce la terapia adecuada y sólo puede confiar en la buena voluntad y saber del médico que buscará para él la mejor solución posible. Es como una niño que no tiene la suficiente autonomía para tomar sus decisiones y necesita la protección de alguien que supla su inferioridad.

Es un poco la misma actitud que todavía se encuentra en algunas legislaciones, en las que el individuo no está capacitado para determinados actos que le afectan muy directamente. En la práctica totalidad de todos los sistemas jurídicos, la vida, por ejemplo, se concibe como un derecho absoluto e intangible que la ley tiene que defender contra la voluntad misma del interesado. Se trataría de una norma paternalista que busca evitar cualquier atentado contra ella, como un bien inalienable del que nadie puede disponer, ni siquiera el propio individuo como responsable y propietario de su existencia<sup>4</sup>. Es el Estado quien tiene la obligación de evitar, como cualquier padre, cualquier conducta que atente contra el bien del individuo y de la comunidad.

Sin negar la conveniencia o necesidad de ciertas normas paternalistas, son cada vez más los que propugnan el derecho a la libre disposición de sí mismo, como el valor prioritario en el campo de la vida. La autonomía personal, como principio básico de toda filosofía jurídica, quedaría enormemente limitada

---

<sup>4</sup> Como simple ejemplo de los que así piensan: «El derecho a la vida... no comprende la facultad de libre disposición de la propia vida de modo que pueda consentirse la muerte» (J. M. SERRANO ALBERCA en AA.VV., *Comentarios a la Constitución española*, Civitas, Madrid 1982, 278).

si se prohibiera esta decisión en personas conscientes y responsables. La protección legal sólo estaría justificada en sujetos que no gozaran de tales cualidades. En este sentido, el suicidio lúcido y razonable no debería penalizarse, como se puede comprender fácilmente, ni habría por qué evitar, si fuera posible, las consecuencias de esta decisión. Cuando se diera un conflicto entre el derecho a la libre disposición y un deber de carácter paternalista, tendría que prevalecer el primero como más importante y preferente<sup>5</sup>.

#### 4. El paso de la justicia a la autonomía

Un cambio de mentalidad empieza a realizarse con el giro antropológico de las teorías políticas. En una sociedad jerarquizada, donde el poder radica en la autoridad que no ha sido elegida por el pueblo, los ciudadanos van tomando conciencia de la autonomía que ellos poseen sobre sus propias opciones políticas, religiosas y personales. El derecho a decidir en cuestiones que afectan a cada individuo no se puede imponer por una voluntad ajena. La dignidad de la persona exige el respeto a esta autonomía para que, después de la debida información, opte por lo que mejor le parezca. Para legitimar el poder establecido hay que reconocer el derecho de todos los ciudadanos a participar en su elección.

En el ámbito político y religioso, la democratización tardó más en llegar. Durante mucho tiempo, el Papa aparecía con la autoridad delegada de Dios, por encima de cualquier otro tipo de poder. Baste recordar, como ejemplo explícito, las Bulas otorgadas por algunos Papas a los reyes de España y Portugal. Era el único que podía concederles el dominio de todas las tierras conquistadas y hacer esclavos a los indígenas que no quisieran someterse a su autoridad y aceptar la religión cristiana<sup>6</sup>. En sus manos quedaba el gobierno de la misma sociedad civil.

<sup>5</sup> Entre los defensores de esta postura, C. S. NINO, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*, Ariel, Barcelona 1989, 466 y ss., donde hace una exposición crítica de los argumentos contrarios. Cf. también L. PRIETO, *Estudios sobre derechos fundamentales*, Debate, Madrid 1990; M. GASCÓN ABELLÁN, *Problemas de la eutanasia*, en: *Sistema* n° 106 (1992) 81-107; P. GARIN, *El derecho a vivir el morir*, en: *Estudios de Deusto* 41 (1993) 99-118; C. VENTRELLA MANCINI, *L'eutanasia tra il diritto alla vita e alla libertà di autodeterminazione in Italia e in Spagna*, en: *Revista Española de Derecho Canónico* 54 (1997) 187-208.

<sup>6</sup> El texto vale la pena copiarlo: «Con la autoridad de Dios omnipotente que detentamos en la tierra y que fue concedida al bienaventurado Pedro y como Vicario de Jesucristo, a tenor de las presentes, os donamos, concedemos y asignamos perpetuamente, a vosotros y a vuestros herederos y sucesores en los reinos de Castilla y León, todas y cada una de las islas y tierras predichas y desconocidas que hasta el momento han sido halladas por vuestros enviados y las que se encontrasen en el futuro y que en la actualidad no se encuentren bajo el dominio de ningún otro señor cristiano, junto con todos sus dominios, ciudades, fortalezas, lugares y villas, con todos sus derechos, jurisdicciones correspondientes y con todas sus pertenencias; y a vosotros y a vuestros herederos y sucesores os investimos con ellas y os hacemos, constituimos y deputamos señores de las mismas con plena, libre y omnimoda potestad, autoridad y jurisdicción» (ALEJANDRO VI, *Inter caetera*, 3 de mayo 1493. Cf. A. GARCÍA Y GARCÍA, *La donación pontificia de las Indias*, en P. BORGES (ed.), *Historia de la Iglesia en Hispanoamérica y Filipinas (siglos XV-XIX)*, BAC, Madrid 1992, 43).

A nivel más personal, fue el Vaticano II quien consagró la legítima autonomía de las realidades temporales y la libertad ética y religiosa de cada individuo para actuar de acuerdo con sus propias convicciones, respetando siempre el derecho de los demás. El cambio suponía una ruptura tan fuerte con la tradición anterior que provocó en muchos una alarma justificada. Es el miedo que manifestaron algunos obispos españoles a Pablo VI, tratando de impedir la aprobación del decreto conciliar sobre la libertad religiosa, cuando la inmensa mayoría ya había dado su parecer positivo<sup>7</sup>.

A medida que la democracia se va implantando en los diferentes países, son los propios tribunales quienes defienden los derechos del paciente contra las amenazas que lo ponen en peligro. También en España –y con un largo retraso– la Constitución aprobada en 1978 puso fin al paternalismo político y fue abriendo el camino para superarlo también en el campo sanitario<sup>8</sup>. El mismo derecho de todo ciudadano a intervenir en los asuntos de la sociedad, lo tiene también el enfermo para decidir sobre los problemas de su salud. El paciente no es un simple objeto que el médico arregla con su competencia, como el mecánico con la avería de un coche, sino un sujeto que tiene derecho a saber lo que le sucede y a manifestar, por tanto, su voluntad en la toma de las decisiones posteriores.

La *Carta de Derechos y Deberes de los enfermos españoles* explicita con claridad esta obligación: «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»<sup>9</sup>. En teoría nadie podrá prescindir de este planteamiento que parece bastante aceptado por la sociedad y el personal sanitario. La práctica, sin embargo, como indicaremos enseguida, provoca en algunos cierta dosis de recelo y prevención.

##### 5. Naturaleza del consentimiento informado

Como se dijo, el consentimiento informado constituye el proceso por el que el médico capacita al enfermo, supuesta la correspondiente información,

<sup>7</sup> La carta, que se hizo pública varios años después, es un testimonio significativo sobre el cambio que se estaba realizando. Cf. J. IRIBARREN, *La libertad religiosa. Una carta inédita de obispos españoles a Pablo VI*, en: *Teología y Catequesis* n° 41-42 (1992) 153-170.

<sup>8</sup> Un buen estudio puede verse en P. SIMON, *El consentimiento informado: historia, teoría y práctica*, Editorial Tricastela, Madrid 2000, 25-118. Cf. también, E. J. ENMANUEL - L. L. ENMANUEL, *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*, en A. CUCEIRO (ed.), *Bioética para clínicos*, Editorial Tricastela, Madrid 1999, 109-126; I. PARIENTE-BUTTERLIN, *La relation du patient et du médecin: confiance, contrat ou partenariat?*, en: *Esprit* n° 284 (2002) 87-101; CH. PARMENTIER, *Place du patient dans la décision thérapeutique*, en: *Medicine de l'Homme* n° 254 (2002) 13-17; J. C. BERMEJO, *Relación de ayuda*, en J. GARCÍA PÉREZ - F. J. ALARCOS, *10 palabras claves en humanizar la salud*, Estella, Verbo Divino 2002, 153-188.

<sup>9</sup> Ley General de Sanidad, 25 de abril 1986.

para aceptar o no procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se trata, por tanto, de ofrecer y garantizar una información adecuada para que el paciente pueda elegir entre las diferentes alternativas propuestas. Todo lo cual supone: a) una capacidad suficiente para reconocer la naturaleza de la situación; y b) ausencia de condicionantes que anulen su libre voluntad. Dos exigencias que no dejan de crear dificultades prácticas.

No es fácil, en primer lugar, que el enfermo pueda recoger y analizar todos los datos de su enfermedad, cuando desconoce por sí mismo, al no ser un especialista en medicina, cuál será la mejor entre las diversas posibilidades que se le plantean. El informe recibido ha de estar condicionado por las apreciaciones de quien lo transmite, y fiarse de su competencia y honestidad. Y por otra parte, tampoco los miedos y temores, como las esperanzas e ilusiones de su psiquismo, con todo lo que ello remueve en su interior, crean el ambiente más adecuado para reaccionar con una libertad razonable.

Es evidente que las circunstancias pueden ser muy diversas. No es lo mismo aceptar un tratamiento rutinario, normal, sin mayor peligro, que cuando el diagnóstico, la terapia propuesta, o el equilibrio entre riesgos y beneficios posibles resultan más inciertos y dudosos.

Es posible que el mismo equipo médico no sepa con certeza la eficacia y consecuencias que se podrán derivar de una determinada opción. En cualquier caso, su aplicación se hace muchas veces demasiado compleja. Es el argumento principal que con frecuencia se utiliza para no cumplir, como enseguida veremos, con esta obligación<sup>10</sup>. ¿Significa esto que es lícito prescindir del consentimiento informado?

#### *6. Justificación y fundamento éticos*

La respuesta va a depender de la fuerza e importancia que cada persona atribuya a este valor ético. No voy a entrar ahora en la discusión, que teóricamente existe, para ver si pertenece al ámbito de las obligaciones perfectas, primarias, universales, que han de incluirse en una ética de mínimos, e implican, por tanto, un derecho correlativo que todos han de cumplir. O forma parte más bien de aquellas obligaciones secundarias, que pertenecen a una moral de máxi-

---

<sup>10</sup> Me remito, por ejemplo, a E. EZEQUIEL, *What makes clinical research ethical? Seven ethical requirements*, en A. PELLEGRINI - R. MACKLIN (eds.), *Research on human subjects; international experience*, Organización Panamericana de la salud, Washington 1999, 33-44; EDITORIALE, *Il dovere del medico di informare il paziente: senza limiti?*, en: *Medicina e Morale* 50 (2000) 443-447; M. ERMINI, *Il consenso informato tra teoria e pratica*, en: *Medicina e Morale* 52 (2002) 493-504.

mos y a la que todos deberíamos aspirar, aunque no pudieran imponerse por imperativo de una ley. Sería algo parecido a la distinción, sobre la que tanto se habla hoy, entre una ética civil y una moral cristiana<sup>11</sup>.

Hay un hecho indiscutible, que revela la trascendencia de este valor en el mismo ordenamiento jurídico<sup>12</sup>. Son muchas también las Instituciones que han elaborado su propio código ético, en el que nunca falta esta exigencia que regula la relación del médico con sus pacientes. Cuando se da un acuerdo tan generalizado, es porque no existe ninguna duda sobre las razones de su justificación. Solo me limito a constatar la que me parece más prioritaria y convincente.

La ley suprema en el ejercicio de la medicina ha sido siempre la de no dañar al enfermo, buscar por encima de todo su mayor beneficio. Desde los tiempos más antiguos se ha insistido en este criterio básico. Lo que ha ido variando de forma significativa es el camino propuesto para semejante objetivo. Una relación paternalista, como la que se ha vivido en épocas anteriores, no quiere reconocer los deseos y opciones del enfermo. La raíz etimológica con que se designa al paciente *-infirmus-* ya indica que se trata de una persona que no tiene firmeza ni estabilidad. Ignorante de los misterios y complejidades que afectan a cualquier enfermedad, está imposibilitado de tomar decisiones y ha de seguir, por tanto, las indicaciones y consejos de la única persona competente para recobrar su salud<sup>13</sup>.

La nueva mentalidad insiste en la grandeza de su autonomía y dignidad, que no puede subordinarse al querer de otra persona. Es un sujeto que nunca podrá ser tratado como medio para conseguir cualquier otra meta, aunque sea su propia curación. Manejarlo como si fuese un niño o un incapacitado para

<sup>11</sup> Cf. A. CORTINA, *Ética civil y religión*, PPC, Madrid 1995; G. GONZÁLEZ, *Ética civil: la historia de un nombre*, en: *Diálogo Filosófico* 12 (1996) 196-216; C. THIEBAUT, *Cruces y carns de la ética civil*, en: *Iglesia Viva* n° 187 (1997) 49-61; B. BENNASSAR, *Ética civil y moral cristiana en diálogo*, Sígueme, Salamanca 1997; J. R. AMOR PAN - V. M. GALLARDO, *Ética civil y ética cristiana, un amplio espacio para el diálogo y consenso*, en: *Compostelanum* 44 (1999) 267-306; M. VIDAL, *Nueva Moral Fundamental. El hogar teológico de la ética*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2000, 737-760; J. CARRERA, «¿Qué es la ética civil?», en: *Selecciones de Teología* 40 (2001) 219-224; E. LÓPEZ AZPITARTE, *La moral cristiana en un mundo pluralista*, en AA, VV., *La ética cristiana hoy: horizontes de sentido. Homenaje a Marciano Vidal*, Perpetuo Socorro, Madrid 2003, 933-951.

<sup>12</sup> Cf. C. M. ROMEO CASABONA, (coord.), *Información y documentación clínica. Su tratamiento jurisprudencial*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2000; *El consentimiento informado en la relación entre el médico y el paciente: aspectos jurídicos*, en AA, VV., *Problemas prácticos del consentimiento informado*, Fundació Victor Grifols i Lucas, Barcelona 2000; F. A. GARZÓN DÍAZ, *La importancia del consentimiento informado para el análisis ético de las investigaciones clínicas*, en AA, VV., *La ética cristiana hoy: horizontes de sentido. Homenaje a Marciano Vidal*, Perpetuo Socorro, Madrid 2003, 429-451.

<sup>13</sup> D. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Eudema, Madrid 1989, en el capítulo sobre el paternalismo médico, 24-104, recoge algunos testimonios interesantes de la tradición sobre esta actitud.

darle todo hecho sin contar con él, es un despojo que solo estaría justificado en la hipótesis de que no alcanzara, por su edad o situación actual, un nivel suficiente que garantizara su decisión. Es un deber, por tanto, ofrecerle una información adecuada, que posibilite la manifestación de su querer<sup>14</sup>.

Nadie podrá decir en adelante que busca el bien del enfermo, cuando se le priva de ejercitar un derecho que pertenece a su propia dignidad. O dicho de otra manera, la beneficencia que se oponga a esta autonomía no será nunca una forma auténtica de hacer el bien. Solo en aquellos casos en los que, por diferentes causas, se niegue a recibir información, es imposible realizarla por la urgencia que se requiere, o se tenga la certeza de que semejante conocimiento le traerá graves consecuencias negativas, habría razones para prescindir o retrasarla hasta el momento oportuno.

### 7. Respuestas falseadas

A pesar de todo lo dicho, el cumplimiento de esta obligación no siempre se realiza con su auténtico espíritu. Cuando no se está convencido de su valor, ni tampoco es posible prescindir de ella, se buscan salidas poco aceptables.

Con demasiada frecuencia, por desgracia, la información se reduce al documento escrito que se entrega al paciente para que manifieste su acuerdo y aceptación con el tratamiento que se va a seguir. Es un requisito legal, sin duda, pero que no responde ni es suficiente para el objetivo propuesto. Falta una explicación mucho más concreta y comprensible para una persona que desconoce el lenguaje de la medicina e ignora el significado de muchos términos empleados. El paciente se siente en la obligación de firmarlo, porque sabe que su negativa supondrá un rechazo del tratamiento que necesita. Pero no cumple con los requisitos propuestos por la ley –términos comprensibles e información completa y continuada– a la que antes hacíamos referencia.

Sería una pena que con la firma del documento se pretendiera, sobre todo, la defensa del personal sanitario contra las posibles reclamaciones y denuncias que pudieran presentarse por los usuarios de estos servicios. No cabe duda de que es también una de sus funciones, pero no la prioritaria ni la más importante. Y mucho peor, cuando se convirtiera en una forma sutil de castigo o pequeña venganza por la limitación impuesta al poder que el sanitario tenía con anterioridad. Si el paciente es quien debe decidir, se le entregan simplemente los

---

<sup>14</sup> Cf. F. J. RIVAS FLORES, *Documentación sanitaria y dignidad de la persona. (Análisis bioético de la documentación sanitaria)*, en AA.VV., *Bioética: un diálogo plural. Homenaje a Javier Gafo Fernández S.J.*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2002, 491-507.

datos para que sea consciente de su incapacidad e ignorancia, pero sin ofrecerle la ayuda que también necesita para su interpretación.

La situación psicológica y dependiente del enfermo es un terreno abonado para un posible chantaje afectivo. Con la apariencia de una información altruista y muy completa, pero sesgada, lo que se busca es que termine aceptando por completo la propuesta defendida por el médico. Una aceptación conseguida, aunque al individuo se le haya negado su verdadera capacidad de decisión. Se termina imponiendo una actitud paternalista, como cualquier tiranía pone a su servicio un lenguaje democrático.

#### *8. Dificultades superficiales*

Hay que desenmascarar también ciertas dificultades que no tienen mayor consistencia. Como ya hemos insinuado, los problemas médicos exigen una solución técnica, que nunca podrá tomar el paciente por sí mismo. Es como si se dejara en manos de un ignorante el arreglo de un aparato electrónico. Lo sensato es acudir al especialista para que solucione el problema. Nadie niega la importancia de los conocimientos sanitarios, que tanto valoran los propios pacientes. Lo único que se añade es que también esta competencia profesional está sometida a determinadas exigencias éticas y legales, impuestas para el bien de la persona y de la sociedad.

Tampoco basta afirmar que, por el simple hecho de acudir al médico, se da ya un consentimiento tácito, para quedar confiados a su sabiduría y honestidad. Esa confianza se otorga, sin duda, pues sería absurdo que la relación surgiera del recelo y se alimentara con el miedo y la incertidumbre, pero ello no significa abdicar de la propia autonomía y dignidad para que sea el individuo quien tome la última decisión.

Existen circunstancias que imposibilitan aplicar este criterio. La urgencia que impide una dilación peligrosa, sin tiempo para mayores explicaciones; o la situación del paciente, incapacitado para manifestar sus deseos, exigirá actuar de acuerdo con lo que se supone que sería su voluntad. La existencia del llamado *Testamento Vital* es la mejor forma de conocer qué decisiones tomaría, o el recurso a los propios familiares cercanos, cuando no existiera otro camino.

#### *9. Una información adecuada*

Las verdades que afectan a lo más profundo del ser humano no se pueden comunicar como cualquier noticia de agencia que no interesa. Solo un cora-

zón lleno de humanismo y delicadeza está capacitado para descubrir de qué manera, con qué palabras, en qué momento ha de dar la información oportuna. El hecho de que el paciente no tenga una mayor cultura ni conocimientos médicos no exime de ofrecer las explicaciones necesarias, acomodadas a su propia capacidad.

Las encuestas demuestran, a pesar de las urgencias y posibles dificultades<sup>15</sup>, que el enfermo prefiere una mejor información a la firma de un simple documento. Le interesa, como también a sus familiares, las posibilidades que existen para el futuro, los riesgos que comportan los diversos tratamientos, las consecuencias que pudieran derivarse, el porcentaje de aciertos y fracasos, y hasta las molestias y dolores que conlleva. Nunca existe un pronóstico exacto. Ni es posible valorar determinados parámetros, como la ansiedad que pudiera provocar una determinada revelación o cómo interpretará el paciente los datos que se le ofrezcan. Es aquí donde la sensibilidad y el tacto desempeñan un papel importante para que, teniendo en cuenta todas las circunstancias, se ayude de la mejor manera posible a que el enfermo tenga su protagonismo en la decisión.

#### 10. *La conflictividad inevitable*

Con esto no hemos dicho todo. La verdad al enfermo me parece también un valor muy importante para no mantenerlo engañado, en un clima artificial y falso de sonrisas y esperanzas, en el que todos los demás saben lo que acontece, menos él, el único protagonista y actor de su historia. Antes de que muera se le roba su dignidad adulta para mantenerlo falsamente protegido, como si se tratara de un niño. Defender el ideal de una información sincera no supone, sin embargo, convertirlo en una obligación absoluta. Muchas veces, por desgracia, lo mejor es enemigo de lo bueno y el deber teórico más sublime necesita una acomodación posterior en la práctica<sup>16</sup>. El conflicto entre la verdad y el bien de la persona se plantea, en ocasiones, y entonces el derecho a conocer su situación queda en suspenso para evitar males peores.

Cualquiera que tenga experiencia de relación con sus enfermos sabe muy bien la complejidad y dificultades que comporta el consentimiento informado. La urgencia de tomar una decisión; situaciones depresivas que imposibilitan la lucidez necesaria; revelaciones inesperadas que quiebran la esperanza

---

<sup>15</sup> Cf. M. CICERONE, *Consenso informato e interventi chirurgici urgenti*, en: *Medicina e Morale* 52 (2002) 168-171, donde recoge alguna bibliografía reciente.

<sup>16</sup> Cf. CL. GEETS, *Verdad y mentira en la relación con el enfermo*, en: *Selecciones de Teología* 34 (1995) 72-79; P. VERSPIEREN, *Respéter et promouvoir l'autonomie du malade*, en: *Revue d'Éthique et de Théologie Morale* 1 (1995) 47-63.

del individuo y provocan un estado de ansiedad; indecisiones difíciles de superar porque nadie puede saber cuál será la mejor alternativa, cuando un tratamiento, por ejemplo, puede tener una mayor eficacia, pero los riesgos también son muchos mayores. El psiquismo del paciente está demasiado frágil para echarle encima todo el peso y la angustia de optar por una solución. Habrá momentos, incluso, en que prefiere y desea que le propongan lo que parece más adecuado, porque confía en aquellos que también están preocupados de su salud.

No es una escucha analítica, que ha de respetar la libertad del otro para que en esa relación se reflejen los problemas interiores. Es un diálogo sensible que quiere compartir la responsabilidad con el paciente, interpretar sus deseos, suplir las limitaciones del momento, responder a sus interrogantes; mantener en lo posible su ilusión, pero sin esperanzas falsas que lo mantengan engañado. Al personal sanitario no se le puede pedir el éxito pleno en su trabajo, pues los mecanismos de la naturaleza terminan imponiendo su ley. Se le exige que trabaje en colaboración con el propio enfermo para que, aunque no haya solución, se le alivie cualquier tipo de sufrimiento.

El paternalismo será siempre una caricatura de la preocupación sanitaria. Pero un consentimiento informado que se reduce a cumplir con la normativa legal, falta de humanismo y cercanía afectiva, no respeta tampoco la dignidad del paciente, porque lo deja abandonado en su propia soledad.

### *11. Conclusión*

La casuística concreta en torno a este tema es muy amplia y variada. Resulta imposible detenerse en ella con mayor tranquilidad. En cualquier hipótesis, cuando no todos los valores que están en juego pueden cumplirse, habrá que optar siempre por el que sea más importante y preferente. No existe una solución idéntica para todas las situaciones, pues hay que ponderar los elementos tan diversos que las configuran.

Lo que sucede es que esta compleja evaluación depende mucho de la importancia que cada persona le otorgue a cada uno de estos diferentes valores. El paternalista, que no estima la información al paciente, corre el riesgo de encontrar constantes excusas para sentirse liberado de esta obligación. Los que busquen la defensa frente a posibles denuncias, se conformarán con el consentimiento escrito. El legalista que defiende, por encima de todo, el valor de la norma, prescindirá de aquellos aspectos que matizan su aplicación.

Habría que preguntarse, por tanto, cuál es la actitud de fondo que se tiene frente al consentimiento informado. Cualquier solución ética exige, como presupuesto básico, estar convencido de su valor e importancia. En las situaciones conflictivas, sin embargo, la seguridad nunca se alcanza por completo. Aun con la mejor buena voluntad, es posible no acertar con el mayor bien posible.

Fue san Lucas, precisamente un médico, quien recoge las palabras de Jesús: «Quedan perdonados sus muchos pecados, porque ha mostrado mucho amor» (Lc 7,47). Cuando es el corazón lo que se pone al servicio del enfermo, cualquier posible deficiencia ha quedado ya compensada por el amor que estaba presente.