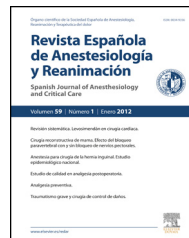


Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ARTÍCULO ESPECIAL

Consentimiento informado en anestesiología: la antelación suficiente como requisito de validez[☆]

J.C. Galán Gutiérrez^a y J.C. Galán Cortés^{b,*}

^a Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Abogado, Doctor en Medicina y en Derecho, Oviedo, España

Recibido el 20 de marzo de 2013; aceptado el 2 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 27 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Anestesia;
Responsabilidad;
Consentimiento
informado;
Requisitos;
Validez

KEYWORDS

Anaesthesiology;
Liability;
Informed consent;
Requisites;
Validity

Resumen Se analiza uno de los requisitos de validez del consentimiento informado, en concreto, el tiempo o antelación con que ha de facilitarse la información al paciente para que pueda reflexionar y ejercer con plenitud su derecho kantiano de autodeterminación. Se aprecia cierta insuficiencia de la legislación estatal al tratar este requisito, que es subsanada por algunas legislaciones autonómicas. Concluimos señalando la necesidad de facilitar la información al paciente con la antelación suficiente para que pueda meditar adecuadamente su decisión.

© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Informed consent in anaesthesiology: Period of notice as a requisite of validity

Abstract The analysis of one of the requisites of the validity of the informed consent, the notice period, during which the patient should be provided with information, so that he/she can reflect and fully exercise his/her Kantian right of self-determination. National legislation appears to be insufficient when dealing with this issue, which is compensated for in some regional legislations. We conclude by pointing the need to provide the patient with information with sufficient notice prior to operations, so that he/she can ponder over his/her decision.

© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El consentimiento informado constituye un elemento integrante de la *lex artis*, cuya omisión puede generar responsabilidad cuando se materializan los riesgos típicos de los que el paciente no ha sido informado¹.

El consentimiento informado forma parte de toda actuación asistencial y se halla incluido dentro de la obligación de medios asumida por el médico.

[☆] Este artículo pertenece al Programa de Formación Médica Continuada en Anestesiología y Reanimación. La evaluación de las preguntas de este artículo se podrá realizar a través de internet accediendo a la siguiente página web: www.elsevierfmc.com

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: galancortes@telefonica.net (J.C. Galán Cortés).

Como ha declarado la sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, «el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de la autonomía de su voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal. Ahora bien, para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente imbricados que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación».

En la actualidad este derecho del paciente y la correlativa obligación del médico vienen regulados en 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*, en la que se establece como principio básico, en su art.2.6, que «todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente».

Debe destacarse la condición o el carácter de legislación básica que ostenta la Ley 41/2002, y así viene recogido expresamente en la disposición adicional primera del propio texto legal, con el fin de garantizar a todos los ciudadanos del Estado español unos derechos mínimos idénticos en esta trascendental materia. Por lo tanto, si bien las leyes autonómicas pueden regular expresamente los derechos y deberes de los pacientes, completando y desarrollando la Ley 41/2002, no podrán, sin embargo, contradecir lo establecido en este último cuerpo legal.

Como es natural, la anestesia requiere su propio y específico consentimiento informado, distinto del que exige la técnica quirúrgica *per se*, pues cada uno se debe ajustar a sus respectivos y específicos riesgos.

Conviene subrayar que la presencia del consentimiento informado no constituye «patente de corso» –exonerando automáticamente al médico de su actuar mediante un

desplazamiento del riesgo hacia el paciente–, de tal forma que, abstracción hecha de haber informado de un determinado riesgo tras cierta intervención, su materialización generará en todo caso responsabilidad si fue consecuencia de un proceder inadecuado por parte del médico, pues la mala praxis no se halla amparada por ningún documento de consentimiento informado.

Contenido de la información

El art. 10.5 de la Ley General de Sanidad, hoy afortunadamente derogado, exigía que el facultativo dispensara al paciente una información «completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso», lo que, en puridad, constituía una utopía, que primero la doctrina y posteriormente la Ley 41/2002 corrigieron de forma oportuna, sustituyendo esta terminología, de manera que en la actualidad ya no se habla de información «completa» sino de información «adecuada», lo que se ajusta mucho más a las necesidades del paciente y a la realidad asistencial.

De conformidad con lo dispuesto en el art. 10.1 de la Ley 41/2002, la información básica que debe proporcionarse al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, se halla integrada por las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos personalizados, los riesgos probables, los riesgos típicos y las contraindicaciones.

En nuestro criterio, esa información básica debe comprender también, además de las alternativas terapéuticas existentes, las consecuencias que podrían derivarse para el paciente en el caso de rechazar la intervención propuesta (o sus alternativas); previsión que sí contienen algunas leyes autonómicas (art. 11.3 de la *Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana*; art. 34 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y art. 49.9.f) de la *Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra*).

Cuando se habla de riesgos típicos, nos referimos a los específicos, propios e inherentes del acto médico (anestésico en nuestro caso) objeto de estudio, con independencia de su cuantificación estadística; quedando extramuros de tal obligación la información sobre los riesgos atípicos, pues no resulta exigible a los profesionales sanitarios la información de todos y cada uno de los eventuales o potenciales riesgos e infinitas complicaciones que del acto médico puedan derivarse.

El hecho de que no exista más que una opción terapéutica eficaz no exime al médico de la necesidad de obtener el consentimiento informado previo para su práctica, salvo supuestos muy concretos (urgencia, riesgo para la salud pública...), pues de lo contrario se cercenaría el derecho de autodeterminación del paciente.

En cualquier caso, como ha declarado nuestro Tribunal Supremo, la información excesiva puede convertir la actuación clínica en desmesurada y en un padecimiento innecesario para el enfermo (STS, Sala 3.ª, Sección 6.ª, de 3 de octubre de 2000).

La anestesia, como ya señalamos, requiere su propio consentimiento, «sin que pueda confundirse ni mezclarse

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768635>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768635>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)