

## Cómo mejorar la práctica clínica

## Un CI detallado no puede suponer de forma automática una excusa absolutoria

**WORLD**  
**D. CARRASCO**  
digo.carrasco@diariomedico.com

¿Se puede considerar el consentimiento informado (CI) como un instrumento de medicina defensiva? Esta fue otra de las cuestiones que los expertos abordaron en el *Desayuno Médico-Legal sobre El CI: Cómo mejorar la práctica*. Carlos Sardineso, abogado de El Defensor del Paciente, considera que "el CI no puede jugar a modo de patente de corso para el médico y que le sirva para albergar cualquier imprudencia". Y es que "la existencia de consentimiento ni justifica ni permite conductas contrarias a la buena práctica médica porque lo que se tiene que juzgar siempre es si la intervención ha sido ajusta-

da a los protocolos de las sociedades científicas o a la naturaleza de la cirugía". Por tanto, "la presencia de un CI no puede suponer de ninguna manera una excusa absolutoria e incondicionada que cargue sobre el paciente de forma perversa las consecuencias de una práctica sanitaria irresponsable y contraria a la *lex artis*", enfatiza el jurista.

Suscribe la opinión Eugenio Laborda, urólogo y presidente de la Sociedad Espa-

Los expertos coinciden en que el contenido del CI no puede constituir una patente de corso para el médico frente a una eventual demanda por mala praxis sanitaria

ñola de Valoración del Daño Corporal, para que "el contenido del CI no puede ser el arma que me cubra frente a posibles imprudencias. No vale eso de decir es que yo advertí al paciente de los riesgos y lo firmó".

Sí, pero hay que preguntarse por qué ha ocurrido. Laborda aclara que entonces hay que "analizar la historia clínica del enfermo, su ficha quirúrgica, porque me puede haber dividido de que siete días antes de la cirugía no le cambié a un paciente el medicamento Sintron y tener una complicación en una hemorragia, o que al introducir un trócar en una laparoscopia no se valore que la persona sea delgada o gruesa ante un eventual pinchazo en la aorta".

Federico Quirado, letrado



Eugenio Laborda y Carlos Sardineso coinciden en que el consentimiento informado no puede constituir para el médico una patente de corso que le pueda eximir de una demanda por mala praxis.

de Muñoz Arribas Abogados, apunta que "desgraciadamente el CI es un instrumento de medicina defensiva porque en ocasiones puede salvar al médico de una condena judicial". Ahora bien, el jurista aclara que, según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supre-

mo, "la mera ausencia de un CI escrito puede ser suplida por una información verbal detallada de los riesgos y alternativas de una intervención quirúrgica que conste explícitamente en la historia clínica".

El presidente de la Sala Civil del Tribunal Supremo

Francisco Marín Castán considera que los tribunales han descartado que el consentimiento informado sea un instrumento de medicina defensiva.

**DIARIOMEDICO.COM**

Visualice el video del debate en nuestra página web

# CADA DOMINGO CON EL MUNDO

## CUERPO Y MENTE EN EQUILIBRIO



**EL MUNDO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO **DEBATE**

## Cómo mejorar la práctica clínica

ma. Francisco Marín Castán cree que "el CI debe contener información escrita y complementada verbalmente para que el enfermo conozca los riesgos de una intervención que tiene que soportar". Entre esos riesgos hay que incluir "el mero sufrimiento". Además, habría que "ordenar los riesgos atendiendo a su gravedad y por el porcentaje en que se produzcan en una sabia combinación de los elementos".

Para Federico Guirado la cuestión más discutible es qué riesgos debe incluir el CI. La jurisprudencia indica que se deben incluir los típicos que se identifican con aquellos que son frecuentes o específicos de ese tratamiento médico. El jurista pone como ejemplo una sentencia del Supremo que estudiaba la lesión del nervio ciático en la cirugía de cadera que tenía una incidencia del 3,5 por ciento, por lo que se consideraba como riesgo típico y para que se mencionara en la literatura médica?", se pregunta Guirado.

Sardinero va más lejos y apunta que "quizá la Ley de Autonomía del Paciente de 2002 sea un poco escueta" cuando aborda el contenido del CI. "Le haría falta una pequeña reforma". En cambio, realiza la ley autonómica de Extremadura porque es "muy exhaustiva" en ese sentido, ya que "recoge no

## ERRORES FRECUENTES

- 1 Presentar un consentimiento en blanco o que sea ilegible.
- 2 Documentos incompletos porque no describen el acto médico que se va a realizar.
- 3 Documentos que no estén firmados por el paciente o que son de fecha posterior a la intervención quirúrgica.
- 4 Escritos que no han sido debidamente comprendidos por el paciente.
- 5 A veces, se utiliza como una herramienta de medicina defensiva.

## ALGUNOS PROBLEMAS

- 1 Todavía existen residuos paternalistas frente a la libertad del enfermo.
- 2 Algunos médicos lo consideran como un trámite burocrático.
- 3 Más de una década hablando de este asunto y todavía no está definido el concepto del consentimiento informado ni su contenido.
- 4 No existe un criterio jurisprudencial uniforme respecto al consentimiento informado, ya que existen formas distintas para indemnizarlo.

## CONSEJOS PARA MEJORAR

- 1 El consentimiento debe entregarse y explicarlo el mismo médico que lo emite.
- 2 La información debe ser específica, veraz, suficiente, comprensible y ofrecerse con, al menos, 24 horas de antelación al acto médico.
- 3 Hay que informar de un modo exhaustivo, que no excesivo.
- 4 En el MIR debería existir una docencia en documentación médica, entre la que estaría el consentimiento informado.
- 5 La autonomía del paciente no sirve de nada si no existe información.

sólo los riesgos específicos y genéricos de una cirugía sino también los beneficios, un lenguaje comprensible, el tipo de sufrimiento o la situación clínica, entre otras cuestiones", subraya.

Coincide con esta alaban-

Todavía en 2015 casi un 70 por ciento de las demandas están basadas en la falta de consentimiento o que éste es inadecuado al acto médico, señala Laborda

za a la normativa extremaña Laborda para que en "los riesgos deben ser particularizados e individualizados del paciente". En este sentido, apunta un dato revelador desde la experiencia clínica: "Tenemos dos tipos

de pacientes. Uno, el que te lo firma en blanco y no quiere saber nada, con lo cual nos limitamos a cumplir un trámite burocrático, pero antes tendríamos que anotar en la HC que el paciente lo firma sin hacer preguntas. Y dos, el enfermo reivindicativo, que ha leído en internet todas las posibilidades y nos plantea una serie de dudas que obliga al médico a que no le demés más explicaciones".

En su opinión, hay que informar al paciente de un modo comprensible y sencillo de todo lo relacionado con la intervención, incluida la técnica quirúrgica y dejar anotado en la HC que "lo ha comprendido". Pero también hay que explicarle "mis limitaciones", dice Laborda. Un ejemplo, un paciente no me puede pedir

que le haga una cirugía percutánea si yo no sé manejarla, no soy hábil o no dispongo de esa técnica en el hospital.

En el coloquio también se abordó otro tema de interés a cerca de cómo detectar los principales descuidos en el consentimiento informado que se traducen en demandas. A juicio de Guirado existen tres grupos de errores. El primero, "cuando el CI no existe. Aquí se incluyen los documentos en blanco, los que son ilegibles completamente o los que son de fecha posterior al acto médico". Un segundo grupo comprendería a "los CI incompletos, es decir, cuando no se sabe si se está realizando una laparotomía o una cirugía abierta". Y el tercer bloque, "los CI que no han sido debidamente com-

prendidos por el paciente, o lo que puede ser más grave, que el leído no se corresponde con la información verbal que recibió".

Para corregir este tipo de anomalías, Laborda apela a "cambiar las asignaturas

Existen dos tipos de pacientes: el que te lo firma en blanco y no quiere saber nada y el enfermo reivindicativo que ha leído en internet todos los riesgos posibles de la cirugía.

de Medicina y reforzar la disciplina de Medicina Legal porque en el acto médico hay una serie de derivadas legales que influyen en la salud y la vida de un enfermo". Además, "en el MIR debería existir una

formación en documentación médica entre las que estaría el consentimiento informado". Marín Castán añade que "el médico también puede necesitar un cierto apoyo de expertos en comunicación o psicología para comunicar mejor con el enfermo, en el caso de enfermos que son muy miedosos y no quieren soportar la información que se le da de los riesgos". El magistrado del Supremo predica que "no se puede olvidar que, aunque haya muchos casos de reclamaciones judiciales por problemas de CI, la realidad es que la mayoría de las veces las cosas salen bien, lo que indica que quizá no se le dé al CI la importancia que merece".

## DAÑO MORAL

Los expertos también discutieron sobre la cuestión de si existe un criterio jurisprudencial uniforme respecto al CI. Para Sardinero, "existen hasta ocho formas diferentes para indemnizar la falta de consentimiento. Algunas de ellas incompatibles entre sí". En su opinión, la que se está imponiendo últimamente es que "la falta de CI supone un daño moral autónomo independiente del resultado en sí porque esa ausencia de información no ha producido el daño". El motivo que el jurista ve es que "no hay un criterio unificado en Derecho sobre lo que debe entenderse por imputación".



CARLOS SARDINERO

“Es el momento de hablar más que de paternalismo y autonomía de una alianza terapéutica paciente-médico. ¿De qué le sirve al enfermo tener toda la autonomía si luego el facultativo no le informa?”



FRANCISCO MARÍN CASTÁN

“La información escrita y complementada verbalmente tiene que hacer que el paciente conozca los riesgos de una cirugía o tratamiento médico y, entre ellos, habría que incluir el mero sufrimiento”



EUGENIO LABORDA

“Para corregir algunos errores del CI, cambiaría algunas asignaturas de Medicina e incorporaría en el MIR una formación en documentación médica entre la que estaría el consentimiento informado”



FEDERICO GUIRADO

“Existen tres grupos para clasificar los errores del CI: uno, los documentos que se firman en blanco; dos, los que son incompletos; y tres, los que no han sido bien comprendidos por el paciente”



A la izda, el abogado Federico Guirado y el magistrado del Tribunal Supremo Francisco María Castán y, en el centro, el médico Eugenio Laborda y el jurista Carlos Sardinero, durante el Desayuno Médico-Legal moderado por Diego Carrasco, redactor de DM. El coloquio se celebra en la sede del periódico y contó con la presencia de Carmen González Madrid, presidenta de la Fundación Salud 2000, y Francisco J. Fernández, director de DM.

# Falta verdadera conciencia de que el CI es una prueba médica más

Juristas y médicos coinciden en la alta litigiosidad que provoca una práctica defectuosa del consentimiento informado (CI). Apelan a mejorar la información escrita y verbal dada al paciente

**MDFRD**  
**DIEGO CARRASCO**  
 diego.carrasco@diariomedico.com

En los últimos años se viene observando un notable incremento del número de pleitos relacionados con el consentimiento informado (CI), que constituye un derecho fundamental del paciente y pilar básico en la relación médico-enfermo donde éste ejerce su autonomía personal. Son numerosas las sentencias que salvaguardan este derecho del paciente ante un acto médico, por lo que los tribunales están muy sensibiliza-

dos al respecto. Por este motivo DM ha dedicado a este asunto el primero de una serie de *Desayunos Médico-Legales*, en el que ha colaborado la Fundación Salud 2000: *Consentimiento Informado: cómo mejorar la práctica*. Se trata de un foro de debate en el que juristas y médicos analizan las cuestiones más controvertidas de la práctica clínica. El objetivo es ayudar al facultativo a subsanar los errores más comunes en aras de una mejor calidad asistencial y prevenir futuras demandas. Los expertos in-

tervenidos a este primer encuentro son: Francisco Marín Castán, presidente de la Sala Civil del Tribunal Supremo; **Carlos Sardinero**, abogado de El Defensor del Paciente; Eugenio Laborda, urólogo y presidente de la Sociedad Española de Valoración del Daño Corporal, y Federico Guirado, letrado de Muñoz Arribas Abogados, bufete que asesora al seguro de varios servicios autonómicos de salud.

Coinciden en que actualmente se siguen produciendo importantes errores en el CI como, por ejemplo, cuan-

do se entrega al paciente un documento que está en blanco para que lo firme, o es incompleto o con una fecha posterior al acto médico. Para corregir estas deficiencias, proponen que el CI no se trate como un acto burocrático sino que exista una información comprensible, específica, veraz y ofrecida con tiempo suficiente para que se pueda consultar una segunda opinión y que el médico tenga verdadera conciencia de que el CI constituye una prueba más.

Como telón de fondo está

uno de los problemas que pueden contribuir a que los pleitos por vulnerar la autonomía del paciente no disminuyan. Se trata de que todavía existen residuos paternalistas frente a la libertad del paciente. Y es que hay enfermos que se resisten a decidir y prefieren que lo haga el médico.

Eugenio Laborda apunta que en 2015 todavía "casi un 70 por ciento de las demandas están basadas en la ausencia de un CI o que es inadecuado". Eso significa que "el médico no tiene una verdadera conciencia de que

el CI es una prueba más, un método de diagnóstico que constituye parte de la historia clínica (HC) y no un documento burocrático que entregamos al paciente". Comparte esta opinión, **Carlos Sardinero** que ve como el principal motivo de condena a los médicos "la presencia de consentimientos con un contenido lacónico, parco, incompleto, que si bien aporta algo de información no es la que el enfermo precisa respecto a la cirugía a la que se va a someter". Resalta que "es el momento de hablar más que de paternalismo y autonomía de una alianza terapéutica médico-paciente porque de qué le sirve al enfermo toda la autonomía si el médico no le informa".

**PROBLEMA**

Sin embargo, uno de los caballos de batalla del CI es definir qué contenido debe tener y cuál debería aplicarse si el de una sociedad científica, el del hospital o el de la comunidad autó-

**Preguntas de los lectores**

Algunas de las preguntas planteadas por los lectores para el debate

¿Se requiere el consentimiento en los estudios de investigación en los que se utilizan las HC como fuente de información? ¿Basta con que el investigador declare un compromiso de confidencialidad? Se trata de un consentimiento diferente al de someterse a una cirugía o tratamiento médico, ya que afecta a datos personales como la salud. Hay que matizar si ese proyecto de investigación es sobre el estudio de un medicamento para una patología concreta o para manejar los datos obtenidos para estadísticas.

¿Cuál es la mejor forma de protegerse con el CI habida cuenta de que en caso de complicaciones, aun contando con el documento, ello no exime de responsabilidad? Rellenar el formulario de una forma exhaustiva y a ser posible individualizando los riesgos del proceso que se va a llevar a cabo. El consentimiento informado exime al facultativo de la responsabilidad del deber de informar, pero no de la buena o mala praxis en un determinado acto médico.

¿Hasta qué punto son válidos o comprometen al cirujano los CI genéricos? ¿Vale de algo poner el diagnóstico de sospecha o mejor no especificar? Los consentimientos genéricos no sirven para nada y son contraproducentes para la clase médica. En el documento conviene especificar el diagnóstico correcto, las complicaciones que puedan surgir, la técnica que se va a emplear, los riesgos frecuentes de la cirugía y los menos frecuentes cuando sean de especial gravedad, etcétera.