

Desde Hipócrates y durante muchos siglos, la relación entre el médico y el paciente tuvo una base eminentemente paternalista: el facultativo estudia el caso, toma las decisiones correspondientes y prescribe lo que el enfermo debe hacer. A éste, le corresponde acatar las decisiones de aquel y cumplirlas de manera disciplinada, por su propio bien. Es a esto a lo que se ha dado en llamar paternalismo médico, basado en la concepción del paciente¹ como persona incapaz de decidir qué es lo mejor para él mismo (enfermo = in-firmitas, falto de firmeza), debido tanto a la falta de conocimientos adecuados como al hecho supuesto de que su propio estado patológico limita sus capacidades, razón por la cual debe confiar ciegamente en el criterio profesional.

Este esquema de relación, comenzó a resquebrajarse en los últimos años del siglo XIX, especialmente en los Estados Unidos, cuando se produjeron varias sentencias legales que confirmaron la obligación del médico de obtener el consentimiento de un paciente para realizar cualquier intervención sanitaria sobre el cuerpo de éste aunque, en la práctica, esto se refería más bien a las intervenciones quirúrgicas. La confirmación definitiva de este concepto, llegó en 1914, cuando el Juez Cardoso, actuando en el caso Schlodendorff contra la Sociedad de Hospitales de New York, dictaminó que *...todo ser humano de edad adulta y en su sano juicio, tiene derecho a determinar qué se le hará en su propio cuerpo*². De este modo, se reconocía el derecho del paciente a la autodeterminación.

En el año 1946, veinte médicos nazis fueron juzgados en Nüremberg por la realización de experimentos realizados con prisioneros de campos de concentración “en nombre de la ciencia”, durante la Segunda Guerra Mundial. El Código de Nüremberg, redactado poco después, estableció los principios éticos básicos que debían tenerse en cuenta al realizar investigaciones con seres humanos, introduciendo el concepto de *Consentimiento Voluntario*. Sin embargo, la expresión Consentimiento Informado (del inglés “informed consent”) se usó por primera vez en 1957, en ocasión del pleito Salgo contra Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, en el cual la sentencia dictaminó que el equipo médico estaba en la obligación de obtener consentimiento del enfermo, *que previamente fuera informado en detalles de todo su procedimiento y la conducta que se proponía tomar*. Es decir, dejaba establecido el derecho del paciente a recibir una información de calidad y la obligación del médico de brindarla.

Hoy día, la práctica del Consentimiento Informado en la actividad médica asistencial, es una norma no sólo ética, sino incluso legalmente reconocida, en casi todo el mundo y sus principios están por lo general bien establecidos y detallados. El punto de partida es que, parafraseando a Protágoras, la “medida de todas las cosas” no es el médico, sino el paciente: Éste debe recibir toda la información necesaria, en lenguaje comprensible y

suficientemente detallada, para que pueda realizar una opción razonable, de acuerdo con sus propios valores e intereses. El inconveniente fundamental de este cambio de paradigma, de un modelo paternalista a uno de tipo autonomista, sigue siendo hoy el de definir qué debe entenderse por información médica; y esto no es realmente un problema legal, ni siquiera un problema ético, sino una aplicación de conceptos lógicos. Entonces, tal vez la mejor aplicación de la lógica sería pasar de la idea de un consentimiento *informado* a la de un consentimiento *educado*; es decir, basado en una adecuada educación del paciente, de sus familiares y también (¿cómo no?) del equipo de salud, en todos los aspectos relacionados con su problemática específica, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas con frecuentes complicaciones, aquellas que requieren de intervenciones quirúrgicas o las que conllevan un proceso más o menos complejo de rehabilitación.

Dentro del procedimiento del Consentimiento Informado, se pueden delimitar dos vertientes muy concretas: el CI que se requiere obtener del sujeto que participará en la realización de una investigación con personas, sanas o no (incluyendo los ensayos clínicos de nuevos medicamentos) y la ya mencionada anteriormente, del CI en la práctica asistencial. En nuestro país, se ha venido avanzando desde hace varios años en la primera vertiente, especialmente a causa del auge de la industria farmacéutica

nacional (sobre todo en lo referente a biopreparados) y la actividad de instituciones como el Centro Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC). Lamentablemente, en la vertiente asistencial, el panorama es distinto: sigue predominando un modelo paternalista, en que incluso se suele privilegiar, con frecuencia, la opinión de los familiares por encima de la del paciente, incluso tratándose de personas “*de edad adulta y en su sano juicio*”. El problema tiene suficiente importancia como para valorar seriamente la conveniencia de incluirlo en los planes de estudio de las carreras médicas. Queda, pues, aún mucho por hacer en nuestro país en este campo; y eso constituye una justificación más que suficiente para dedicar todo este número de nuestra revista a revisar el tema del Consentimiento Informado, que merece el más profundo interés, no sólo de los profesionales sanitarios, sino en general de todas las personas que, en algún momento de su existencia, se encontrarán ante la eventualidad de reclamar su derecho a ejercerlo. Nuestro Consejo de Redacción espera que los artículos aquí expuestos, fruto de la reflexión de valiosos especialistas, resulten de utilidad para nuestros lectores, en el empeño de elevar su cultura sobre el mismo y adquirir elementos de juicio propios, que puedan aportar al debate.

Que así sea.

¹ El propio término *paciente*, expresa que se trata de alguien que desempeña un papel pasivo, correspondiendo al médico (o la enfermera) el activo.

² Gracia, D Fundamentos de Bioética, Triacastela, Madrid, 2007.