

AUTONOMÍA DE LA MUJER EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA. DE SUJETO PASIVO A PROTAGONISTA

1.- ¿QUÉ ES UN CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARA QUÉ SIRVE?

Una precisión inicial. Si se refiere al documento que firma el paciente y se incorpora a la Historia Clínica, como prueba de que ha sido informado y de que consiente la acción clínica propuesta, prefiero llamarlo “información para consentir”. El propósito de este documento es aportar al paciente aquel conocimiento que le permita decidir y en tal sentido consentir (o disentir como lógico reverso de la posibilidad mencionada en primer lugar). Entiendo que al medio asistencial le interesa contar con el documento firmado por el paciente, como prueba de que ha consentido, ya que eso legitima la práctica clínica concreta. Sin duda este aspecto hace que la atención del citado medio se centre más en el consentimiento que en la información, cuando aquel no es sino la consecuencia de ésta.

El consentimiento informado, como figura jurídica, tiene unas notas muy particulares. Lo introdujo en España la Ley 14/1986, General de Sanidad, como derecho del paciente en determinadas circunstancias. La particularidad reside en el hecho de que las leyes votadas en nuestro Parlamento son siempre el eco y la respuesta legislativa a asuntos preexistentes y funcionantes en la sociedad, precisados de una regulación y seguridad jurídica. Así ha ocurrido, por ejemplo, con la regulación del divorcio o del aborto, en 1981 y 1986 respectivamente. Aquellas realidades sociales se venían dando, aún sin la normación que precisaban, y que por esta necesidad realmente obtuvieron. La exigencia del consentimiento y su introducción en la práctica asistencial no eran, sin embargo, una práctica habitual en el medio clínico. Por el contrario su inclusión en la Ley mencionada pilló desprevenidos a responsables sanitarios y operadores del Derecho. Los primeros documentos de consentimiento informado, tras la exigencia legal mencionada, abundaban en tintes pretendidamente garantistas para el sistema sanitario frente a eventuales reclamaciones de los pacientes. El modelo vertical y paternalista de ejercicio de la Medicina, vigente durante siglos, aún no estaba del todo superado.

Quero dejar constancia, para concluir mi respuesta a esta primera pregunta, que la importancia de este instrumento legal reside en que la voluntad del paciente, en

el momento de ejercerla, se encuentre suficientemente ilustrada para abordar la decisión. Dicho acto es una muestra de la autonomía y ésta se asienta en la dignidad de la persona. Fíjese si es relevante el cuidado que debe prestarse a la información para consentir. Es habitual la entrega al paciente del documento, con el sólo objeto de que lo firme, sin las necesarias explicaciones adicionales, y así, a modo de “peaje”, pasar a la acción clínica propuesta, en el entendimiento por parte del medio sanitario de que consentimiento equivale a conformidad sin matices, llevando la interpretación de ésta mucho más allá de su alcance real. Está extendida la creencia, entre algunos pacientes y entre algunos sanitarios también, de que una vez obtenida la firma del documento desaparece la posibilidad de reclamar ante un eventual daño sanitario. En modo alguno es esta la consecuencia jurídica, de modo que suscrito el documento si sobreviene un daño al paciente, que éste no tenga obligación de soportar emerge la responsabilidad sanitaria. Este asunto tan complejo sólo puedo, por razones de espacio, dejarlo mencionado, pero no quiero, por su relevancia, omitirlo.

2.- COMENTARIO AL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA SEGO, SOBRE ATENCIÓN EN EL PARTO NORMAL.

Es un buen documento, elaborado sin duda por quien conoce el sentido y valor de la figura que estamos tratando. Algunas concretas menciones:

- En el sentido que he expuesto en la respuesta anterior, se enfatiza en la importancia en este documento del contenido informativo y su consecuencia que es el valor que adquiere, una vez aceptado, como consentimiento formal. Así se hace constar en el mismo título del documento.
- Contiene la necesaria mención a la lectura y ayuda en dudas o cuestiones por parte de los profesionales al paciente. Esta acción, por diversas razones, a no siempre se da, lamentablemente, en el medio sanitario.
- La mujer que acude al parto no es una paciente, (en el cabal sentido clínico de la palabra), es una persona sana, normalmente, y así se recoge, con notable acierto y oportunidad. En el mismo sentido se explicita el propósito de un parto de baja medicalización.

- Es notable, también, la mención de la posibilidad de que la mujer esté acompañada en el proceso del parto y período posterior, con expresión de las lógicas cautelas clínicas que pudieran converger.
- Afortunadas, también, las menciones relativas al recién nacido y al tratamiento clínico del mismo.
- Al final de la séptima página, donde dice *y que el facultativo que me ha atendido (Dr.....) me ha permitido...* no queda claro si se trata del médico responsable, en el sentido legal de la palabra que le atribuye la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, o se trata de aquel que atenderá directamente la acción clínica.
- Me parece un documento, como he dicho, con muchos puntos positivos, aunque yo lo haría más conciso. Ocho páginas me parecen excesivas en su número para una persona ajena a estas cuestiones y este hecho puede propiciar que algunas no lo lean. Hay que pensar que va dirigida a personas profanas en cuestiones clínicas, asuntos de la máxima relevancia pero ajenas al conocimiento de aquellas.

3.- ¿EXISTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA UNA VISIÓN PATERNALISTA DE LA MEDICINA? ¿TIENE, ACASO, UN RELIEVE EXCESIVO EL PROFESIONAL SANITARIO EN ESTA RELACIÓN CON USUARIOS Y PACIENTES?

Respecto de la primera pregunta quiero decirle que, en efecto, aún quedan vestigios de esa concepción vertical de ejercicio de la práctica asistencial, en la que bajo visión paternalista el profesional decide por el paciente. Esta orientación utiliza como piedra angular el principio de beneficencia, en la certeza de que quien sabe lo que al paciente conviene es el profesional sanitario y ello le legitima para decidir por él.

Hoy la práctica clínica se concibe bajo el criterio de autonomía del paciente y es dicho principio y no el de beneficencia el que cobra especial relieve en la relación asistencial. De hecho la Ley vigente, en la que se recoge este criterio, recibe precisamente el nombre de Ley de Autonomía del Paciente. Este giro ha sido uno de los hitos más importante en la modernización de la práctica clínica, el paso, en definitiva, de un modelo bio médico a otro de humanización de la asistencia. Hay que

tener cuidado, no obstante, para que el péndulo que se encontraba en un lado no se nos vaya de golpe al otro. Quiero decir que es un avance notorio el insertar el ejercicio autónomo del paciente en la referida relación, pero conviene no olvidar que la toma de decisiones ha de hacerse en concurso con los profesionales sanitarios. En el anterior modelo era reprobable la decisión que tomaba el profesional sin el paciente y ahora, si extremamos la postura autonomista, y el paciente decide sin el profesional será muy independiente, pero poco sensato.

Para concluir con la respuesta a la primera pregunta quiero dejar constancia del valor que se da a la autonomía del paciente en el momento actual. Recordamos casos como el de Inmaculada Echevarría, que solicitó, como es sabido, se la dejara morir mediante el cese del uso terapéutico sobre su persona, o la negativa de los Testigos Cristianos de Jehová a recibir transfusiones de sangre y hemoderivados. En ambos casos el criterio es de aceptación, bajo ciertas condiciones, naturalmente, de la autonomía de la persona. Creo que esta realidad evidencia el respeto actual a los valores de los que hablo

En cuanto al relieve que tiene el profesional sanitario en la relación asistencial, objeto de la segunda cuestión, déjeme que traiga una imagen cinematográfica en el recuerdo de todos. Me refiero al camarote de los Hermanos Marx. Esa puede ser la apariencia, hoy, del escenario sanitario. En tiempos pasados allí sólo se encontraban el profesional sanitario y su paciente. En el momento actual, además de esos dos sujetos, podemos ver a la Administración Sanitaria, la industria farmacéutica, las aseguradoras e incluso a los padres, cuando es un menor el sujeto asistido.

Vivimos un momento de tecnolatría en el sentido de que las aplicaciones técnicas y la tecnología, en general, adquieren un valor desmedido. El profesional sanitario es la persona que por su formación y ocupación maneja esta tecnología y por ello adquiere un protagonismo indiscutible, aunque a veces llega a eclipsarle la propia máquina que maneja. En el concreto campo de la obstetricia le voy a mencionar un ejemplo. Si en un parto se dio un problema y no se usó el ecotocardiógrafo, de inmediato se atribuirá la causalidad del problema a dicha carencia, pero si fue utilizado el origen del daño se buscará en que se hizo un uso indebido de la máquina o una interpretación incorrecta de sus registros. Hasta tal extremo llega esa tecnolatría que le digo.

No cabe duda de que el parto, como es conocido y he recogido con anterioridad, es un hecho fisiológico natural y que en términos generales ni es un

proceso patológico ni la mujer en esa situación es una paciente, mientras no haya proceso anormal. En esa concepción es evidente que el profesional sanitario no debe ser un sujeto tan activo e interviniente como en situaciones que tengan una patología de base. Las corrientes actuales se mueven, precisamente, hacia un parto menos medicalizado y a un control creciente por parte de las mujeres, en realidad las protagonistas de esta historia. Fue en los años 80 del pasado siglo cuando un clamor femenino reclamaba un parto menos intervencionista. El resultado fue que la propia OMS en un protocolo de 1985 y la realidad de países como Holanda, Inglaterra o los nórdicos abrieron la decidida senda actual de la actuación clínica medida.

En España la tendencia que menciono es inequívoca y así los protocolos de la SEGO, como el que he comentado con anterioridad, o movimientos como “El parto es nuestro”, se mueven en dicha dirección de uso de una medicina expectante y menos intervencionista. Persisten, no obstante vestigios de concepciones anteriores, como el abuso de cesáreas, la episiotomía indiscriminada, los rasurados de pubis sistemáticos o la rotura de membranas amnióticas. La dirección no obstante es clara y el propósito decidido. Vamos viendo como se difuminan en el pasado prácticas consideradas casi sagradas hace pocos años. El protagonismo debe pasar del profesional a la mujer, entender este planteamiento es la clave.

Traeré aquí, como últimas palabras de mi colaboración, una reflexión que leí hace algún tiempo y nunca he olvidado: *El grado de evolución de una sociedad se mide por el papel que la mujer asume en ella.* Creo que no necesita comentario.

Juan Siso Martín
Doctor en Derecho público
Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos
paracelso.2000@gmail.com